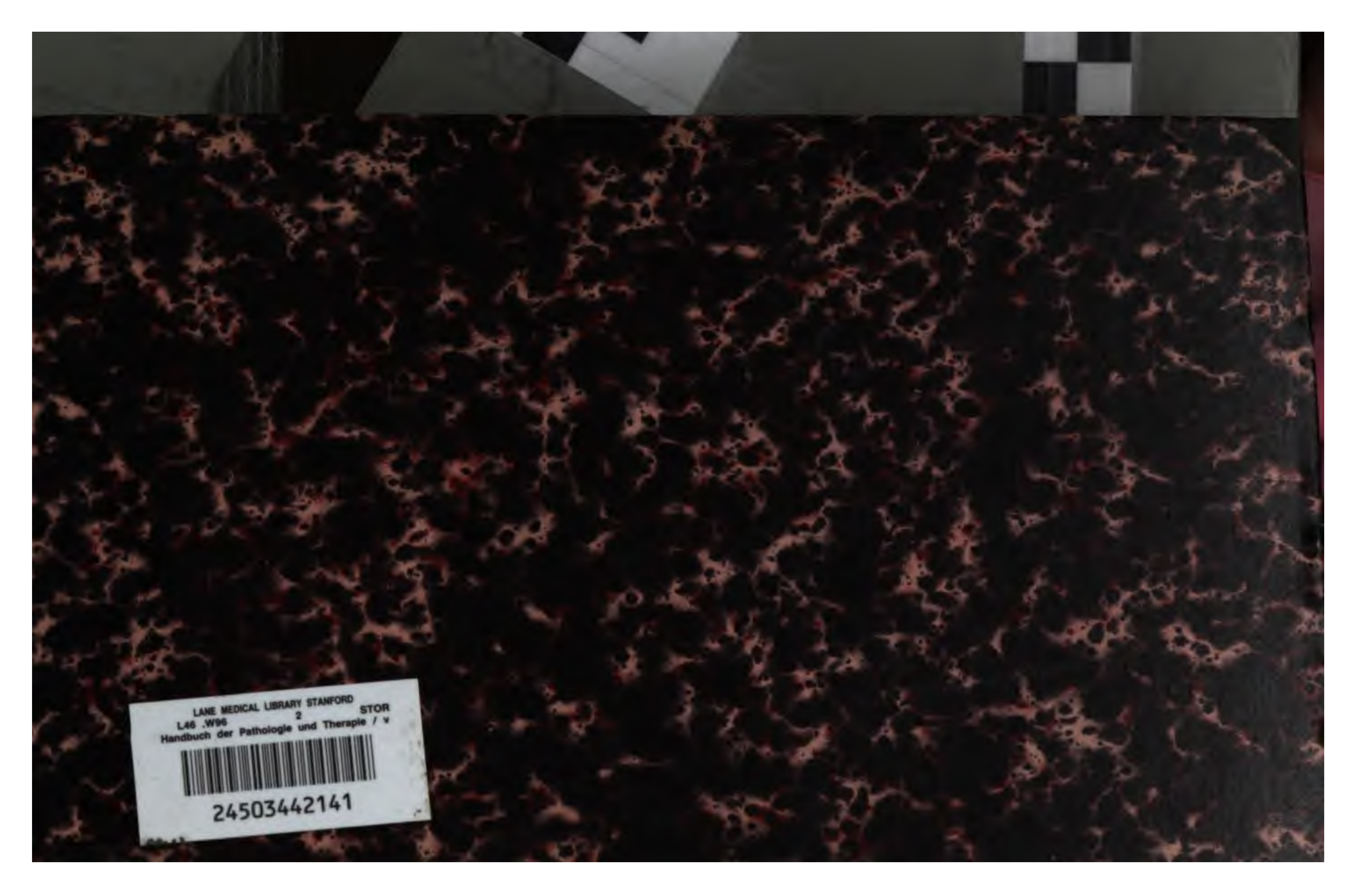
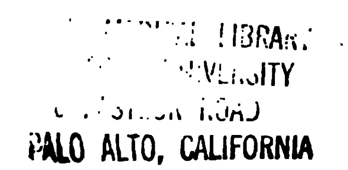
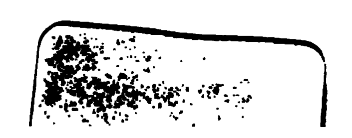



PALO ALTO, CALIFORNIA



PATHOLOGIE UND THERAPIE.

DRITTEN BANDES

ERSTE ABTHEILUNG.

HANDBUCH

DER

PATHOLOGIE UND THERAPIE

VON

DR. C. A. WUNDERLICH,

KÖNIGL. SÄCHS. GEHEIMEN MEDICINALRATHE, DES HERZOGL. SACHS. ERNEST. HAUSORDENS RITTER, ORD. PROF. DER KLINIK UND DIRECTOR DES K. KLINISCHEN INSTITUTS AN DER UNIVERSITÄT LEIPZIG, OBERARZTE DES JACOBSHOSPITALS DASELBST.

DRITTER BAND.

Zweite vermehrte Auflage.



STUTTGART.

VERLAG VON EBNER & SEUBERT.

1854.



Schnellpressendruck der J. G. Sprandel'schen Officin in Stuttgart

INHALTS-ÜBERSICHT

DES

DRITTEN BANDES ERSTER ABTHEILUNG.

DIE

FORMEN DER TOPISCHEN ERKRANKUNGEN.

Jedes Organ, jeder Organtheil, jede Stelle am Körper kann für sich und isolirt erkranken und bei beliebig verbreiteten Störungen stellt sich die Betheiligung jedes Einzeltheils in einer mehr oder weniger eigenthümlichen Weise her. Die Lehre von den an den einzelnen Theilen vorkommenden Erkrankungsformen ist die Localpathologie.

Jede Stelle kann, so klein sie ist, sofern sie nur einer krankmachenden Ursache ausgesezt wird, eine krankhafte Störung zeigen. Aber die Menge der möglichen Störungen ist je nach der Stelle ausserordentlich verschieden und die Gestaltung hängt nicht bloss von den Ursachen, nicht bloss von der Gewebsform der Stelle, sondern auch von ihren übrigen topischen Relationen ab, und ebenso hängt von den lezteren und von der Bedeutung der Stelle für den Organismus (von den Aufgaben des Organs) zum grossen Theil der Einfluss des Organs auf den übrigen Körper ab. Die Betrachtung der Krankheitsformen, wie sie sich in den verschiedenen Organen und Stellen des Körpers gestalten, ist daher eine principiell vollkommen gerechtfertigte. Aber sie entspricht auch vollkommen dem practischen Bedürfniss; denn das Postulat der Diagnose ist in vielen Fällen vor allem Andern die Bestimmung des Sizes der Krankheit, d. h. die Bestimmung derjenigen Theile, welche in abnormem Verhalten sich befinden, und selbst in den Fällen, wo diese Frage als untergeordnetere erscheint, bleibt sie doch eine unerlässliche Ergänzung, wenn die Diagnose eine genaue sein soll.

Auch bei Erkrankungen, welche wesentlich und der Hauptsache nach den Gesammtkörper betreffen, bei Constitutionsleiden, sind stets einzelne oder viele Stellen im Körper in hervorstechender Weise erkrankt, und wenn auch in diesen Fällen die Form der Erkrankung zum Theil durch die Constitutionsanomalie bestimmt wird, so hängt sie doch mindestens ebenso wesentlich von der Beschaffenheit der ergriffenen Stelle ab, welche stets nur innerhalb gewisser Grenzen Variationen ihrer Erkrankungsmodi zulässt; ja es gibt zuweilen gerade der Siz der Störung einen Anhaltspunkt für die Erkennung der Constitutionsanomalie ab und es verliert somit die locale Diagnose durch die Anerkennung constitutioneller Leiden in nichts an ihrer Wichtigkeit.

Die Localpathologie fand in den früheren Systemen der Medicin nur eine höchst untergeordnete Berücksichtigung. Erst mit dem Einfluss der Chirurgie auf die Medicin und mit der Ausbildung der pathologischen Anatomie wurde die Localpathologie in umfassenderer Weise verfolgt und es kam soweit, dass die localisirende Tendenz in Extreme sich verlor, welche dem Verständniss nachtheilig waren, dass man glaubte, jede Erkrankung auf ein einzelnes krankes Organ zurückführen zu müssen und dass man aus schlechtverstandenen Ergebnissen der Necroscopie oder gar nach hypothetischem Dafürhalten die Localisationen vornahm. Die Broussais'che Gastroenteritis, die Entzündung des Vagus als wesentlicher Siz einer Reihe von Krankheiten, die Annahme einer Milzentzündung als Wesen des Wechselfiebers, die Spinalirritation in neuester Zeit liefern grobe Beispiele für diese Verirrung von einem richtigen Wege. Feinere Missgriffe in dieser Richtung sind alltäglich und bei vielen Krankheitsformen muss es sogar principiell dahin gestellt bleiben, ob es gerechtfertigt ist, die wesentliche Störung in ein Organ zu verlegen, selbst wenn dieses sehr grobe Veränderungen darbietet, so bei der Dysenterie, beim Typhus, selbst bei der Pneumonie und vielen Anderen. Wenn der Versuch, die Krankheitsfälle stets in ein einzelnes Organ zu localisiren, wie wir ihn z. B. bei den meisten Hospital-

berichten sich kund geben sehen, als ein im Princip verfehlter angesehen werden muss, so ist dagegen die Aufsuchung der sämmtlichen in einem Erkrankungsfalle afficirten Körpertheile, d. h. die vervielfältigte Localisation, die einzige und wahre Aufgabe der Diagnose, wie ich das schon früher an mehreren Stellen ausführlich hervorgehoben habe. Dadurch verliert aber die Localpathologie in nichts an Interesse und Wichtigkeit, sondern sie gewinnt erst dadurch.

Die locale Störung gibt sich zunächst durch Veränderungen in den physicalischen und functionellen Verhältnissen des afficirten Theils selbst zu erkennen; sie zieht aber in den meisten Fällen eine mehr oder weniger grosse Reihe anderer Phänomene nach sich, welche zwar nur in Folge der Miterkrankung weiterer Theile eintreten, aber der bestimmten Localstörung mehr oder weniger eigenthümlich sind und mit ihr meist wieder verschwinden.

Die dem local befallenen Theile direct angehörigen Erscheinungen sind immer die wichtigsten und maassgebendsten; allein oft fehlen sie oder sind nicht mit Bestimmtheit zu erkennen oder sind consecutive Erscheinungen die überwiegend hervortretenden. Diese können um so eher ohne Weiteres an die Localstörung angereiht werden, je weniger dabei die secundär afficirten Theile zu selbständigen Erkrankungen gelangen.

Die Veränderungen, welche in localer Weise auftreten, können entweder ein Organ in seiner Totalität betreffen, oder, was das Gewöhnlichere ist, einen beschränkteren Theil oder mehrere nicht an einander grenzende Theile desselben; es können aber auch Gegenden des Körpers befallen werden, welche für mehrere Functionen Organe enthalten.

Die Erkrankungen ganzer Organe sind seltener, als die geläufige Ausdrukswcise erwarten lassen sollte, vermöge welcher man von Entzündungen der Hirnhäute, der Lunge, von Affectionen des Darms, Infiltrationen der Nieren u. dergl. spricht, als ob in solchen Fällen das gesammte Organ in den Process verwikelt wäre: vielmehr ist in den meisten Fällen nur ein Abschnitt des Organs der Siz der Erkrankung und die Zusammensezung der Organe aus verschiedenen Gewebselementen erleichtert das isolirte Erkranken einzelner Stellen, obwohl die Beschränkung sich durchaus nicht immer nach histologischen Verhältnissen richtet. Wie aber die Localstörung in den meisten Fällen sich nicht als eigentliche Organerkrankung darstellt, so sind andrerseits bei sehr vielen Localerkrankungen Gegenden befallen, an welchen mehrere zu verschiedenen Functionen bestimmte Organe vereinigt sind: so ist bei den Erkrankungen der Rachenhöhle stets ein Complex von Organen afficirt, bei den Krankheiten der Lunge meist auch die Pleura, bei den Erkrankungen der Nieren oft der Ureter, bei den Affectionen der Meningen oft die Corticalsubstanz des Gehirns etc. Es ist daher Localpathologie wesentlich nicht Organpathologie, und eine Aufzählung der Störungen, welche sich allein an die Organe binden würde, müsste wichtige Beziehungen übergehen. Vielmehr erscheint es geeigneter, freilich immer mit Rüksicht auf die Scheidung in Einzelorgane, die Localpathologie nach den Regionen zu betrachten, verschiedene zusammenliegende Organe in ihren pathologischen Verhältnissen im Zusammenhang darzustellen und nur in weiterer Analyse auch die individuellen Erkrankungsformen der einzelnen Organe und Organtheile hervorzuheben. Mit der lezten Scheidung schliesst sich die Localpathologie wiederum an die Gewebspathologie an und findet in ihr ihre Ergänzung, wie man denn überhaupt die localpathologische Betrachtung nur als einen Gesichtspunkt auffassen darf, der ohne Correction durch die Betrachtung der Gewebsveränderungen und der Constitutionsstörungen ein durchaus einseitiger und kaum in einzelnen untergeordneten Verhältnissen ein erschöpfender wäre.

Die Behandlung der localen Störungen kann entweder durch Mittel geschehen, welche local applicirt werden oder doch bei der Allgemeinincorporation eine specifische Beziehung zu der erkrankten Stelle zeigen; oder sie kann durch Einwirkungen erstrebt werden, welche auf den Gesammtkörper oder auch auf einzelne nicht erkrankte Theile allein sich beziehen,

ohne irgend eine specifische Relation zu der erkrankten Stelle selbst zu haben.

Es ist ein grosser Irrthum, der eine Folge der umfassenden Bereicherungen unsers Wissens vom Kranksein durch die pathologisch-anatomische Forschung gewesen ist, dass eine als örtlich erkannte Affection auch nur durch örtliche Einwirkungen in Angriff genommen werden kann; vielmehr stehen in zahlreichen Einzelfällen verschiedene Wege offen, direct oder indirect den Zwek, die Herstellung des normalen Zustandes erkrankter Stellen mit möglichster Sicherheit und möglichster Raschheit zu erreichen; und in einer grossen Anzahl von Fällen erscheint der indirecte Weg der vortheilhaftere und kann die Entwiklung des örtlichen Processes ruhig sich selbst überlassen bleiben, wenn nur die Gesammtverhältnisse des Körpers günstig gestaltet werden. Darin liegt es, dass viele Heilungen localer Störungen, die niemals diagnosticirt wurden, von den Aerzten der alten Zeit wie der Neuzeit erreicht wurden und nicht etwa nur in dem Sinn, dass solche Localaffectionen von selbst und troz der Bemühungen des Arztes sich zum Guten wendeten, sondern in der That darum, weil eine vortheilhafte Einwirkung auf den von jenen Aerzten allein berüksichtigten Allgemeinzustand so häufig genügt, um auch in dem örtlichen Processe die günstige Wendung eintreten zu lassen. Es ist eine schwierige Frage, für deren Beantwortung das Material nur zum geringsten Theile herbeigeschafft ist, bei welchen localen Erkrankungsformen und unter welchen Umständen die Localbehandlung der allgemeinen vorzuziehen sei und umgekehrt, und es erscheint bei der Lage der Sache vorläufig als das Vorsichtigste, in irgend bedenklichen Fällen weder die eine noch die andere zu vernachlässigen, sofern überhaupt in der einen oder der andern Weise erfahrungsmässig günstig eingewirkt werden kann.

Die Wirkung gewisser Mittel auf einzelne Organe oder auf einzelne Stellen des Körpers ist eine nicht zu bestreitende, und da uns alle Einsicht in die Gründe dieser Beziehung abgeht, so kann man nichts dagegen haben, diese Mittel specifische zu nennen, als etwa das, dass dieser Ausdruk auch noch in einem andern Sinne gebraucht wird. Oder man mag, wie man neuerdings häufig zu thun pflegt, solche Mittel Organmittel nennen; aber es darf dabei nicht der mysteriöse Sinn untergelegt werden, wie solches von einer neuern Schule geschieht und womit nur eine an und für sich dunkle Sache mit einem diken Nebel von Unverstand weiter verhüllt wird. Man muss überhaupt bei der Annahme von Organmitteln die grösste Vorsicht in der Feststellung der Erfahrungen verlangen; denn die Gefahren des Missbrauchs und der unüberlegten gedankenlosen Anwendung eines oft auf gar nicht diagnosticirte und diagnosticirbare Leiden hin für ein Organmittel erklärten Medicaments vermehrt nicht bloss den theoretischen Wirrwarr, sondern es wird auch durch die Bezeichnung der Medicamente als Organmittel, wie kaum durch ein anderes in die Praxis geworfenes Wort, der Schlendrian sanctionirt. Experimente an Thieren und solche an Gesunden können allerdings gewisse specifische Beziehungen von Mitteln auf einzelne Organe und Stellen des Körpers erweisen, aber sie geben nur ein lükenhaftes und verdächtiges Material; denn die durch jene Methoden erhaltenen Resultate sind nicht ohne Weiteres auf den in krankhaften Verhältnissen befindlichen Organismus zu verwenden und nur soweit jene Erfahrungen mit den klinischen übereinstimmen oder durch sie modificirt werden, erhalten sie einen directen Werth für die Therapie. Ueberdem ist dem Vorurtheil entgegenzutreten, als ob der Indication Genüge geschehen sei, wenn man nach der Feststellung des Sizes einer Localerkrankung ein Mittel wähle, welchem eine specifische Einwirkung auf die betreffende Stelle zukommt; vielmehr bleibt immer noch die Art des Processes und die Besonderheit der Verhältnisse von der grössten Wichtigkeit in der Entscheidung, ob überhaupt eine directe Einwirkung auf den befallenen Theil durch specifische Mittel wünschenswerth sei und welche unter den zu dem Theile eine Beziehung habenden Medicamenten zu wählen seien.

AFFECTIONEN DES RÜKENMARKS UND SEINER HÜLLEN.

PHYSIOLOGISCHE VORBEMERKUNGEN.

Das Rükenmark ist der in der Wirbelsäule gelegene, von oben an bis zum ersten Lendenwirbel reichende strangförmige Theil des Nervensystems, welcher durch die Medulla oblongata in unmittelbarer Fortsezung und ohne scharfe Grenze in das Gehirn übergeht. Es besteht aus weisser Nervensubstanz, welche peripherisch gelegen die nur von sehr feinen Scheiden umgebenen und zum Theil longitudinal, zum Theil quer verlaufenden Nervenfasern enthält und in sechs oberflächlich abgesonderte Stränge geordnet ist, die beiden vordern, die beiden seitlichen und die beiden hintern Stränge, und aus grauer Substanz, welche überall von weisser Substanz umgeben die durch die ganze Länge des Organs verlaufende, in zwei, je ein vorderes und ein hinteres Horn bildende Seitentheile geschiedene und durch eine Commissur verbundene Kernmasse bildet und etwa zur Hälfte gleichfalls aus Nervenfasern, zur andern aus Ganglienkugeln (Nervenzellen) zusammengesezt ist. — Die Wurzeln der Spinalnerven senken sich, ohne direct mit den Longitudinalfasern der corticalen, weissen Substanz zu communiciren, in die graue Substanz ein.

An der Stelle des Rükenmarks liegt im frühesten Fötalleben ein häutiger Canal, der mit Flüssigkeit gefüllt ist und an dessen Wandungen allmälig sich Nervenmasse anlagert. Noch geraume Zeit hindurch bleibt das Organ theilweise hohl und mit Flüssigkeit gefüllt und wir sehen in manchen Fällen diesen Zustand noch nach der Geburt in abnormer Weise fortdauern. Im Verhältniss zur Hirnmasse ist die Rükenmarksmasse während des Fötallebens um so grösser, je jünger der Embryo ist, die weisse Substanz sezt sich früher ab als die graue, doch ist die leztere im Rükenmark früher sichtbar als im Gehirn. Im dritten Monat füllt das Rükenmark den Wirbelcanal nach seiner ganzen Länge, folgt aber später nicht vollkommen der Längenentwiklung des Rumpfes und reicht im siebenten Monat bis zum untersten, im neunten bis zum obersten Lendenwirbel. — Bei Neugebornen zeigt das Rükenmark eine verhältnissmässig grössere Festigkeit und schärfere Trennung der Substanzen, als das Gehirn, ist aber wie dieses ziemlich blutarm. Der Canal, der früher im Marke bestand, wird jezt nur noch in abnormen Fällen offen gefunden.

In den obersten Theilen des Rükenmarks vervielfältigen sich die Stränge der weissen Substanz, indem sich noch die Pyramidenstränge hinzufügen, deren Faser-

bündel im Atlas sich kreuzen. An mehreren Stellen zeigt das Rükenmark eine grössere Dike, als an andern, vornehmlich an dem lezten Hals- und lezten Brustwirbel, wo die Nerven für die Extremitäten wurzeln.

Die Menge der longitudinalen Fasern der weissen Substanz nimmt von unten nach oben zu, ohne Zweifel darum, weil sie durch Fasern aus der grauen Substanz verstärkt werden. Soviel bekannt ist, laufen jene vollkommen geschieden und parallel neben einander fort, anastomosiren nirgends mit einander und verzweigen sich ebensowenig. Sie sind grösstentheils ganz unvermischt mit queren Fasern. Die leztern kommen theils an den Eintrittsstellen der Nervenwurzeln, theils an den Stellen der Seiten- und hintern Stränge, welche an die Hörner der grauen Substanz angrenzen, theils in der weissen Commissur vor. — In der grauen Substanz zeigen sich ausser den zahlreichen Ganglienkugeln reichliche Fasern, deren Verlauf noch vielfach strittig ist. Zunächst ist die Frage noch nicht ganz entschieden, ob die Fasern der im Rükenmark wurzelnden Spinalnerven ihre Endigung daselbst finden, oder sich in dem Marke bis zum Gehirn fortsezen. Während das leztere früher allgemein angenommen wurde, hat Volkmann nachzuweisen gesucht, dass die Fasern der Nervenwurzeln in dem Marke selbst ihren Ursprung nehmen und es ist diese Ansicht von den Meisten getheilt worden. Neuerdings hat jedoch Kölliker diese Frage in anderer Weise entschieden. Nach ihm durchziehen die motorischen Fasern der peripherischen Nerven, nachdem sie in die Vorder- und Seitenstränge eingetreten sind, in horizontaler Richtung die weisse Substanz und gelangen in die Vorderhörner der grauen. Dort gehen die einen und zwar besonders die am weitesten nach innen eingetretenen Bündel, ohne Geflechte zu bilden, in den innersten Theilen der Vorderhörner gerade rükwärts und etwas nach innen, treten durch die innere Gruppe der vielstrahligen grossen Nervenzellen hindurch, jedoch ohne mit den Fortsäzen dieser Zellen zusammenzuhängen, erstreken sich bis zu den Seitentheilen der vordern Commissur und sezen sich schliesslich unter einem stärkern oder schwächern Bogen so in die longitudinalen Fasern der weissen Substanz fort, dass die motorischen Wurzelfasern der rechten Seite in die linken Vorderstränge der weissen Substanz, die der linken in die rechten übergehen, dass also in der weissen Commissur nicht nur ein Zusammenhang dieses Theils der motorischen Wurzeln mit den longitudinalen Fasern der Vorderstränge, sondern auch eine totale Kreuzung der erstern stattfindet. Ein anderer Theil der motorischen Fasern nimmt nach Kölliker an dieser Kreuzung keinen Antheil, verläuft vielmehr in kleinere Bündel oder einzelne Fasern aufgelöst zum Theil gerade rükwärts, zum Theil bogenförmig nach aussen; sie wenden sich schliesslich nach der vordern Hälfte der Seitenstränge zu, in welche sie in horizontalem Verlaufe verschieden weit eindringen, dann nach oben umbiegen und als longitudinale Fasern weiter verlaufen. Die hintern, sensibeln Nervenwurzeln treten quer durch die longitudinalen Fasern der weissen Substanz zu den hintern grauen Hörnern, lösen sich in kleinere Bündel auf und verfolgen in der grauen Substanz zwei Wege: die einen biegen sich bogenförmig aufwärts, verlaufen im hintersten Theil der grauen Substanz und schliessen sich allmälig den longitudinalen Fasern der Seitenstränge an; die andern dringen weiter nach vorn und verlieren sich schliesslich in den hintern und seitlichen Strängen und gehen auch in die graue Commissur ein (Handbuch der Gewebelehre pag. 278). Es ist kein Zweifel, dass diese Verlaufsverhältnisse der Fasern, wenn sie sich weiter bestätigen, für die pathologischen Thatsachen und namentlich für die Kreuzung der motorischen Lähmungen von grossem Interesse werden; aber es wäre voreilig, vorerst dieselben weiter theoretisch zu benuzen.

Die mit Bestimmtheit nachgewiesenen Functionen des Rükenmarks sind:

1) Die longitudinale Leitung der Nervenerregung, wobei die motorische und centrifugale Leitung in den vordern Strängen, die sensibeln Erregungen in den hintern Strängen geschehen;

2) Die Querleitung, welche sich
als Mitempfindung,
als Mitbewegung,
als Uebertragung der Erregung sensibler Fasern auf motorische (Reflex) äussert.

So vielfache Untersuchungen und experimentelle Forschungen die neuere Zeit über die Functionen des Rükenmarks und seiner einzelnen Theile gebracht hat, so sind doch dieselben, soweit sie das nähere Detail betreffen, noch allenthalben strittig und

zweifelhaft. Die Angaben der Beobachter und die Resultate der Vivisectionen stehen sich zum Theil diametral entgegen, doch scheint die Annahme der motorischen Leitung durch die vordern Stränge und der sensibeln durch die hintern, wie sie schon früher durch Bell gefunden, neuerdings durch Longet, van Deen, Stilling, Eigenbrodt u. A. bestätigt wurde, kaum mehr einem Zweifel zu unterliegen. Auch ist die Longitudinalleitung durch die vordern und hintern Stränge der weissen Substanz ziemlich wahrscheinlich, wenngleich von Manchen angefochten. Welche functionelle Bedeutung aber die Querfasern der weissen Substanz und die Seitenstränge, welche Bedeutung die aus grauer Substanz bestehenden Theile des Rükenmarks haben, ist noch durchaus strittig. — Es ist ferner ausgemacht, dass die longitudinale Leitung von der Unversehrtheit der Stränge abhängt und wahrscheinlich, dass Bewegungen und Empfindungen in einer Körperhälfte auch durch die Leitung in der entsprechenden Rükenmarkshälfte vermittelt werden; dagegen ist der Ort der Querleitung und sind die wesentlichen Bedingungen derselben nicht festgestellt.

Alle Empfindungen, welche nicht durch Gehirnnerven vermittelt werden, werden es durch das Rükenmark. Namentlich werden alle Hautempfindungen, soweit sich Spinalnerven in der Haut verbreiten, durch das Rükenmark geleitet; aber auch die Empfindungen einzelner Schleimhäute, besonders der Rectums-, der Genitalien- und Blasenschleimhaut geschehen durch Vermittlung des Rükenmarks und die Art dieser Empfindungen ist von der Integrität oder der Art und Stelle der Störungen des Rükenmarks abhängig. Auch die Empfindungen der meisten im Rumpfe gelegenen Eingeweide werden ohne Zweifel durch das Rükenmark geleitet; aber es ist weder die Unversehrtheit des leztern für das Zustandekommen der Eingeweidempfindungen nothwendige Bedingung, noch zeigen vorhandene Störungen im Marke einen so regelmässigen Einfluss auf die Art dieser Eingeweidempfindungen. Zweifelhaft bleibt namentlich, durch welchen Theil des Rükenmarks die Empfindungen der nur sympathische Nervenfasern enthaltenden Eingeweidtheile geleitet und vermittelt werden.

Für alle willkürlichen Bewegungen der von Spinalnerven versorgten Theile des Körpers wird der Impuls vom Gehirn aus durchs Rükenmark geleitet. Namentlich sind in dieser Weise vom Rükenmark abhängig alle Bewegungen der Extremitäten, der Bauchdeken, die des Zwerchfells und der Brustwandungen, ferner die Contractionen der Rectums- und Anusmuskel, der Blasenmuskel, endlich die Betheiligung der Muskel bei der Erection. Ob und wie weit das Rükenmark von Einfluss auf die unwillkürlichen Bewegungen der glatten Muskel sei, lässt sich nicht bestimmen: weder physiologische, noch pathologische Thatsachen geben darüber einen Anhaltspunkt.

Die Querleitung ist kein dem Rükenmark ausschliesslich zukommender Vorgang; sie findet auch im Gehirn in umfassender Weise und wahrscheinlich auch in den Ganglien statt. Aber sie ist im Rükenmark von dem auffälligsten Einfluss, sowohl in physiologischen als noch mehr in krankhaften Zuständen; in lezteren ist sie im Allgemeinen gesteigerter, reichlicher und entspricht nicht den Postulaten der Zwekmässigkeit, wie grösstentheils in gesunden Zuständen. Im frühen kindlichen Alter ist sie viel umfangreicher, und bleibt es in Fällen, wo sich eine Schwäche und Reizbarkeit des Rükenmarks erhält. Es ist unbekannt, von welchen Fasern sie abhängt und auf welchem Hergange sie beruht; es lässt sich ebensowenig angeben, welche wesentliche Umstände sie beschränken und in welchen andererseits ihre Steigerung, die jede distincte Empfindung und Bewegung vereiteln kann, begründet ist. — Die vom Rükenmark abhängigen Mitempfindungen finden theils in Nervenabschnitten statt, die auch peripherisch einander benachbart sind oder in einem physiologischen Connexe stehen (z. B. in den verschiedenen Nerven einer Extremität, zwischen Genitalien und Analgegend etc.); theils aber auch zwischen peripherisch sehr entfernt gelegenen Partieen und man bemerkt, dass bei durchs Rükenmark vermittelten Mitempfindungen zwischen eigentlichen Spinalnerven und sympathischen Eingeweidnerven im Allgemeinen die Austrittsstelle jener aus dem Rükenmark höher gelegen ist, als das Eingeweide, dessen Zustände mit den Empfindungen jener im Connexe sind (z. B. Leber mit Schulterschmerzen). Die Mitempfindungen können in Krankheiten die Diagnose verwikeln und die Unterscheidung der wesentlichen und accidentellen Störung erschweren; sie tragen aber oft auch zur Ausmittlung von Erkrankungen verborgener und an sich wenig empfindlicher Organe bei. — Die Mitbewegungen, welche auf einer Uebertragung der Erregung von einer motorischen Faser auf andere beruhen, kommen im Rükenmark, vornehmlich bei gereizten Zuständen desselben, im ausgedehntesten Maasse zustande und beziehen sich grösstentheils auf peripherisch benachbarte Theile, doch auch zuweilen auf entferntere, ohne dass in lezteren Fällen die Association der Bewegungen durch den anatomischen Nachweis der Nachbarlage der Fasern an bestimmten Stellen des Marks erläutert werden könnte.

Die Uebertragung von Erregungen sensibler Nerven auf motorische oder die Reflexactionen sind diejenigen Arten der Querleitung im Rükenmarke, welche in neuester Zeit am meisten besprochen wurden. Sie sind nicht bedingt durch die Unversehrtheit des ganzen Rükenmarks, sondern es genügt eine einzelne functionsfähige Stelle des Organs für ihr Zustandekommen, wenn dieselbe in ununterbrochener Verbindung mit entsprechenden Nerven ist, welche die Erregung zuleiten, und mit solchen, welche secundär erregt werden. So wichtig die Thatsachen sind, welche sich auf diese Art der Querleitung beziehen, so darf doch nicht übersehen werden, dass viele wesentliche Punkte uns fehlen, um sie unter einander zu vermitteln. Bei diesen Vorgängen stossen wir nicht nur im gesunden Zustande auf manche unbegreifbare Erscheinungen und Beziehungen, sondern es lassen sich auch die Modificationen im Eintreten der Reflexbewegung, die sich in krankhaften Fällen ergeben, grossentheils in ihren Gründen nicht durchschauen. Es ist nicht überflüssig, diess hervorzuheben, weil Viele der Meinung sind, dass sie ausserordentlich physiologisch zu Werke gehen und eine genügende Theorie der Erscheinungen vorbringen, wenn sie dieselben als Reflexactionen bezeichnen. In der That ist aber damit nichts weniger als eine Erklärung geliefert, sondern nur ein Ausdruk für einen dem Verständniss nicht weiter zugänglichen Vorgang. Die Uebertragung der Erregung sensibler Fasern auf motorische geschieht zwar im gesunden Zustande nach Regeln, die aber mannigfache Ausnahmen finden: so hat die Uebertragung bis zu einem gewissen Grade den Character der Zwekmässigkeit, es steht die secundäre Erregung in einer annähernden Proportion zur primären nach Stärke, Ausdehnung und Dauer, es sind die Gebiete der secundären Erregung der der primären benachbart oder doch wenigstens stehen sie auch in sonstiger Beziehung zu einander u. dergl. m. Allein schon im normalen Zustande und beim Experiment zeigen sich hievon sehr oft die bedeutendsten und nicht weiter zu motivirenden Ausnahmen. Noch viel regelloser und scheinbar zufällig werden die Verhältnisse der Reflexaction bei krankhaftem Verhalten und man könnte fast sagen, dass in diesem Punkte Alles unter allen Umständen möglich sei, wodurch eben der Werth dieser Thatsachen für die theoretische Fixirung des krankhaften Geschehens ausserordentlich vermindert wird. — Der Ort, wo im Rükenmark der Uebergang der Erregung von der sensibeln Faser auf die motorische stattfindet, ist so gut wie unbekannt, und es lassen sich daher auch die Vervielfältigungen der Reflexactionen, wie ihre Verminderungen nicht für die nähere Localdiagnose der Rükenmarkskrankheiten benützen.

Sowohl durch die Function der Längenleitung, als durch die der Querleitung erhält das Rükenmark den Character eines vermittelnden Organs, einerseits zwischen Gehirn und allen denjenigen Theilen des Körpers, welche nicht direct durch Hirnnerven mit jenem in Verbindung stehen, andererseits zwischen den sensiblen Nervenfasern und den Punkten des Körpers, wo deren peripherisches Ende liegt und zwischen den motorischen Apparaten.

Als wahrscheinliche Functionen des Rükenmarks können angesehen werden:

der Einfluss auf den Tonus der Theile, vornehmlich auf den der Muskel, welche vom Rükenmark Nerven erhalten;

ein Einfluss auf die Secretionen und überhaupt auf die peripherischen sogen. vegetativen Processe;

ein Einfluss auf die Functionirung der Genitalien;

ein Impuls zu gewissen einfachen instinctiven Bestrebungen und Bewegungen;

ein Impuls zu manchen automatischen Bewegungen.

In allen diesen Punkten ist eine Betheiligung des Rükenmarks kaum zu bezweifeln; allein die nähern Verhältnisse sind so problematisch, dass man diese Functionen des Rükenmarks mehr darum hervorheben muss, um an die Gefahr zu erinnern, aus ihnen Schlüsse für das pathologische Verhalten zu machen, welche bei der gegenwärtigen Lage der Sachen unbedingt verfrüht wären. Zwar sehen wir Verminderung und Steigerung des Tonus der Muskel, Veränderungen in der Secretion des capillären Blutlaufs und der Ernährung sehr häufig in solcher Weise bei Rükenmarkskrankheiten eintreten, dass ein Connex zwischen jenen Erscheinungen und der Spinalaffection gar nicht zurükgewiesen werden kann; aber sicheres Factum ist vorläufig nichts, als das zuweilen vorkommende Zusammenfallen der genannten Verhältnisse.

Zu einer allgemeinen Thatsache kann es um so weniger erhoben werden, als Fälle dieser Art viel zu verwikelt und zu dunkel sind, als dass man dabei das Wesentliche von dem Accidentellen trennen könnte. Auch hiebei kann man im Theoretisiren nicht resignirt genug sein. — Die Mitabhängigkeit der Genitalienfunctionen vom Rükenmark erschliesst man zunächst aus pathologischen Fällen, nämlich einerseits aus der häufigen Erfahrung, dass Sexualexcesse zu Rükenmarkskrankheiten führen und andererseits aus dem ebenso gemeinen Vorkommen einer Verminderung der Energie und eines gänzlichen Erlöschens der Sexualfunctionen bei Rükenmarkskranken mit paralytischem und selbst zuweilen mit irritativem Character. S. aber darüber das Nähere bei der Aetiologie und bei den Symptomen der Rükenmarkskrankheiten.

Ueber das Rükenmark, als Centralorgan für die einfacheren Instincte, vrgl. eine schöne Abhandlung von Leop. Auerbach (Zeitschr. f. klinische Medicin IV. 452.).

Die Hüllen des Rükenmarks sind:

die Pia, eine Bindegewebshaut von ziemlicher Festigkeit, welche mit dem Marke innig adhärirt, zwischen die Spalten und einzelnen Faserabschnitte eindringt, reichliche Blutgefässe enthält und überdem noch vom untern Ende des Rükenmarks bis herab an das Ende des Kreuzbeincanals Blutgefässe und das lezte Paar der Rükenmarksnerven enthaltend sich erstrekt;

die Arachnoidea, eine Serosa und Fortsezung der Cerebralarachnoidea, welche mit dem einen Blatte an die Pia geheftet, aber nur loker das Rükenmark umkleidet und zwischen sich und der Pia einen Raum (Subarachnoidealraum) freilässt, welcher eine mässige Menge Flüssigkeit (die Cerebrospinalflüssigkeit) enthält, während das äussere Blatt der Serosa mit der Dura innig verbunden ist;

die Dura, eine aus zwei stellenweise auseinander weichenden, Venengeflechten Plaz gebenden Blättern gebildete fibröse Membran, welche am Hinterhauptsloche mit der Dura des Gehirns wie die andern Häute mit den entsprechenden Membranen zusammenhängt, als eine bald engere, bald lokerere Hülle um das Rükenmark sich legt, an ihrer innern Fläche mit der Arachnoidea überzogen ist, jedoch den Rükgratscanal nicht so genau ausfüllt, wie die Schädelhöhle und nicht wie in dieser das Periosteum vertritt, sondern von der mit Periost überzogenen Innenfläche der Wirbelkörper durch einen mit Zellgewebe, Fett und Venengeflechten erfüllten Zwischenraum abgetrennt ist, überdiess den austretenden Nerven ihre Scheiden abgibt;

die Wirbel mit den Zwischenwirbelknorpeln und dem Bänderapparate;

die Rükenmusculatur.

Die zuführenden Gefässe des Rükenmarks stammen theils aus der Art. vertebralis innerhalb der Schädelhöhle und erstreken sich von da aus durch den ganzen Rükgratscanal, theils dringen sie von verschiedenen Arterienstämmen abgehend durch die Zwischenwirbellöcher in den Canal ein. Die Pia enthält zunächst das Nez, aus welchem sich die ernährenden Gefässe in das Mark einsenken. Die rükführenden Gefässe zeichnen sich durch die reichlichen Plexus aus, welche sie zwischen den Blättern der Dura und zwischen dieser und dem Wirbelperiosteum, endlich ausserhalb der Wirbel bilden.

Das nähere anatomische Verhalten der Hüllen des Rükenmarks und seiner Gefässe kann hier nicht weiter erörtert werden und es ist in dieser Beziehung auf die anatomischen Werke zu verweisen. Die Hüllen schüzen das Rükenmark gegen äussere

Eingriffe, gegen Erschütterungen, und die Art der Aufhängung des Marks innerhalb des Canals bewahrt es vor den Nachtheilen der Bewegungen der Wirbelsäule. Zu dem Ende ist die Dura da am weitesten, wo am meisten Bewegung stattfindet, dort aber am engsten anschliessend, wo die Bewegung beschränkt ist. — Die Spinalflüssigkeit, welche zum grossen Theile aus Wasser besteht und nur etwa $1\frac{1}{2}$ Procent organische und unorganische Beimischung enthält, trägt gleichfalls zum Schuze des Organs bei und zeigt zahlreiche Abweichungen im kranken Zustand. S. Weiteres darüber bei Magendie (physiologische und klinische Untersuchungen über die Hirn- und Rükenmarksflüssigkeit, übers. von Krupp 1843). — Die Venenplexus zwischen Dura und Wirbel erscheinen vornehmlich überfüllt mit Blut bei Neugeborenen und Säuglingen und bei Individuen, welche dyspnoisch gestorben sind. Mit Unrecht wurde sehr oft eine von solchen Ursachen abhängige Plethora der Venenplexus als ein Beweis einer im Leben vorhanden gewesenen Spinalmeningitis oder Meningealhyperämie angesehen.

ALLGEMEINE BETRACHTUNG.

Geschichte.

Die Geschichte der Kenntnisse über Rükenmarkskrankheiten geht nicht weit zurük. Zwar hat schon Galen gewisse Lähmungen mit Rükenmarksläsionen in Zusammenhang gebracht, ohne dass man darin jedoch einen Anfang der Pathologie des Rükenmarks suchen dürfte. Erst im vorigen Jahrhundert fing man an, auf einzelne Krankheiten des Rükenmarks mehr Rüksicht zu nehmen und es sind nameutlich hervorzuheben Ludwig (Tractatio de doloribus ad spinam dorsi, 1770), J. P. Frank (de vertebralis columnae in morbis dignitate, 1791), welcher wohl vornehmlich dazu beigetragen hat, die Aufmerksamkeit der Aerzte dem Rükenmark zuzuwenden, Häfner (de medullae spin. inflammatione, 1799). In der folgenden Zeit wurden theils einzelne Affectionen Gegenstand specieller Arbeiten, wie namentlich die Hydrorrhachis, die Myelitis, die Rükenmarkserweichung, die Spinalirritation (s. darüber die einzelnen Formen); doch wurden auch die Erkrankungen des Organs in ihrer Gesammtheit dargestellt, vornehmlich von Ollivier, welcher 1824 einer der Ersten sich mit diesem Theile der Pathologie in umfassender Weise beschäftigte und dessen Traité des maladies de la moelle épinière in der 3ten Auflage 1837 als ausführlichstes Repertorium alles Wissenswerthen über die pathologischen Verhältnisse des Rükenmarks noch heute angesehen werden kann. Alle andern Arbeiten über diesen Gegenstand stehen hinter demselben weit zurük; doch sind hervorzuheben: Copeland (Bemerkungen über die Zufälle und Behandlung der Krankheiten des Rükenmarks. Deutsch von Hesse, 1819), Velpeau (1825 in mehreren Arbeiten der Archiv. génér. A. VII.), Calmeil (Anatom., physiol. et pathol. de la m. épin. 1828 im Journal des progrès, und im Dictionn. de médecine, en XXX Vol. XX.), Hutin (Recherch. et Observat. pour servir à l'histoire anatom., physiol. et pathol. de la m. épin. Nouv. bibl. méd. Février 1828), Abercrombie (in seinen Untersuchungen über die Krankheiten des Gehirns und Rükenmarks, in welchen jedoch die lezteren sehr dürftig abgehandelt sind), Hache (Journal hebdomad. 1833. XI. 269), Cruveilhier (in der 3ten, 6ten und 16ten Lieferung der Anat. patholog.), Friedreich (1834 Resumirender Artikel in Schmidt's Jahrb. III. 229), Colliny (1836 Quelques observat. des maladies de la m. épin. et de ses membranes. Arch. génér. B. X. 195), Grisolle (1836 Journ. hebdomad. I. 65), Magendie (Recherches physiol. et cliniques sur le liquide céphalo-rhachidien et cérébro-spinal, 1842). — In den lezten zwanzig Jahren sind hiezu noch eine Reihe weiterer, sich auf die functionellen Störungen des Rükenmarks beziehender Arbeiten gekommen, welche des Nähern bei der Spinalirritation angeführt werden sollen.

I. Aetiologie.

Angeboren kommen Rükenmarkskrankheiten nur mit gleichzeitiger

Störung des Rükgrats oder des Gehirns vor. — In der ersten Kindheit selten in isolirter Weise sich zeigend, fangen schon nach der ersten Zahnperiode einzelne Störungen der Rükenwirbelsäule an aufzutreten; das Rükenmark selbst aber erkrankt in diesem Alter fast nur in Folge von Beeinträchtigung durch die Knochen oder in Folge von mechanischen Einwirkungen oder aber simultan mit dem Gehirn. Erst im spätern Knabenalter, beim Herannahen der Pubertätsentwiklung beginnen die isolirten Erkrankungen des Rükenmarks selbst und seiner Häute, erreichen ihre grösste Häufigkeit im jugendlichen Alter, kommen aber bis ins höchste Greisenalter hinein vor, während zugleich die Krankheiten der Rükenwirbelsäule ebenso bis in das späteste Alter nicht fehlen. — Die Rükenmarksaffectionen kommen bei beiden Geschlechtern vor; doch sind die irritativen Formen mehr dem weiblichen, die anatomischen Störungen und die paralytischen Formen mehr dem männlichen Geschlechte eigen.

Unter den angebornen Krankheiten des Rükenmarks und seiner Hüllen ist vornehmlich die Wassersucht und die Spina bifida hervorzuheben. Bei den Krampfformen des frühesten Kindesalters ist stets das Gehirn wesentlich betheiligt. In und nach der ersten Zahnperiode beginnen Verkrümmungen des Rükgrats sich auszubilden und kommen sowohl die Entzündung als die Tuberculose der Wirbel in zunehmender Häufigkeit vor. Von der Pubertätsentwiklung an bis in die Blüthejahre bleiben nicht bloss Tuberculose und Entzündung der Wirbel eine häufige Krankheit, sondern es kommen jezt auch idiopathische Erkrankungen des Marks und seiner Häute in wachsender Frequenz vor. Neben ihnen findet sich im reifen und spätern Mannesalter der Krebs der Wirbel und während bei Greisen alle Formen der Erkrankung einzutreten vermögen, kommt diesem Alter eine eigenthümliche Verkrümmung der Wirbelsäule mit Schwund des Marks noch vorzugsweise zu.

Das weibliche Geschlecht zeigt ausnehmend häufig Symptome von Rükenmarkskrankheit, theils für sich allein bestehende, theils im Verlaufe und Zusammenhange der mannigfaltigsten andern Krankheiten. Aber diese Affectionen des weiblichen Geschlechts haben bei aller ihrer Heftigkeit und Hartnäkigkeit weit nicht die ominöse Bedeutung, als die leichtesten Symptome einer Rükenmarkserkrankung beim männlichen Geschlecht. Nicht nur ist bei Weibern theils eine vollständige Herstellung oder eine Ermässigung oder wenigstens ein langes Verharren auf derselben Stufe der Erkrankung ohne erhebliche Störung in andern Functionen bei Rükenmarkskrankheiten sehr gewöhnlich, sondern es bildet sich auch bei ihnen viel seltener, viel langsamer die Paralyse aus und wo sie eingetreten ist, lässt sie viel eher eine Beseitigung zu. Es ist ferner bei weiblichen Kranken viel eher ein langes Verharren auf der Stufe der Functionsstörung zu erwarten und sehr gewöhnlich wird bei den bedeutendsten Erscheinungen das Rükenmark nebst seinen Häuten anatomisch intact gefunden. Beim Manne dagegen geht die angefangene Rükenmarkskrankheit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unaufhaltsam in fortschreitende Lähmung über, und wenn dadurch auch zunächst das Leben nicht nothwendig gefährdet erscheint, so stellt sich doch hierdurch ein Grad von Leiden und Unbehilflichkeit her, welcher fast schlimmer ist als der Tod.

Hereditäre Einflüsse auf Entstehung von Rükenmarkskrankheiten sind zwar nicht mit vollkommener Sicherheit festzustellen, indessen kommen doch Fälle nicht selten vor, wo sich die Annahme eines solchen Einflusses aufdrängt.

Das Rükenmark erkrankt in nicht seltenen Fällen durch Uebermaass, unzwekmässige Ausübung und Unthätigkeit derjenigen Functionirungen, welche vornehmlich unter seinem Einflusse stehen, namentlich der Muskelthätigkeit und der Genitalienfunctionirung.

Uebermässige Muskelthätigkeit kann in plözlicher oder allmäliger Weise Rükenmarkskrankheiten herbeiführen, entweder für sich allein oder unter der Mitwirkung anderer Ursachen, und zwar kann ebensowohl eine dauernde und gewohnheitsmässige Anstrengung der Muskel diesen schädlichen Einfluss haben, als eine einmalige oder nur wenige Stunden und Tage dauernde, die Kräfte überschäzende und über das gewohnte Maass weit hinaus gehende Thätigkeit, leztere um so mehr

bei verzärtelten und muskelschwachen Individuen. Im Allgemeinen scheinen die übermässigen Anstrengungen der Beine häufiger diesen Effect zu haben, als die der Arme. Ebenso wirkt eine einseitige Ueberanstrengung oder fortwährende Bethätigung einzelner Muskel zuweilen auf das Rükenmark nachtheilig, wie solches besonders bei manchen mechanischen Arbeitern zu bemerken ist. Andererseits ist aber auch die Unthätigkeit der Muskel, freilich nur wenn sie lange fortgesezt wird, dem Rükenmark in hohem Grade unzuträglich, und nicht nur das lange Bettliegen aus irgend einem Grunde, bei welchem zuweilen ganz unerwartet und in der Stille eine schwere Erkrankung des Rükenmarks sich ausbildet, die länger fortgesezte unbewegliche Lage und Stellung Gefesselter, sondern auch die Suspension der Thätigkeit der Gliedermuskel in Folge von Gehirnkrankheiten (Hirnapoplexieen) kann eine selbständige Erkrankung des Rükenmarks zur Folge haben, welche auch nach Entfernung der erst vorhanden gewesenen Ursachen die Unfähigkeit, die Glieder zu gebrauchen, bedingt.

Genitalienexcesse sowohl natürlicher Art, als und in noch höherem Grade unnatürlicher haben einen unzweifelhaften Einfluss auf die Entstehung von Rükenmarkskrankheiten, jedoch fast nur beim Manne. Indessen ist es zu weit gegangen, wenn man einem geläufigen populären Vorurtheile folgend die Rükenmarkskrankheiten ohne Weiteres in Beziehung auf derartige Excesse bringt. Es ist andererseits dabei hervorzuheben, dass das Uebermaass oder die Unnatur der sexuellen Functionirung sehr häufig nicht den Ausschlag zu Rükenmarkskrankheiten gibt, wohl aber sie vorbereitet, und dass daher auch in Fällen, wo entschieden palpable Ursachen für die Entstehung einer Rükenmarkskrankheit vorliegen, z. B. eine Verlezung, sehr oft angenommen werden muss, dass diese lezte Einwirkung nicht den ganzen Grund der Erkrankung enthalte, bei einem normal lebenden Menschen ohne Schaden vorübergegangen wäre, dagegen in Folge der früher stattgehabten excedirenden Functionirung um so leichter eine Rükenmarkskrankheit einleiten konnte. Auch die Abstinenz hat bei manchen Individuen ohne Zweifel in indirecter Weise einen nachtheiligen Einfluss auf die Gesundheit des Rükenmarks. — Beim weiblichen Geschlecht sind es weniger sexuelle Excesse, welche zu Rükenmarkskrankheiten führen, dagegen aber die Geburt, das Wochenbett und besonders die rasche und häufige Wiederholung dieser Vorgänge. Nicht nur ist es äusserst gewöhnlich, nach dem Wochenbett leichtere Störungen in kürzerer oder längerer Andauer zu beobachten, sondern es beginnen auch nicht selten die schwersten Erkrankungen des Rükgrats und des Marks unmittelbar im Wochenbette. Rükenmarksschwäche ist eine gewöhnliche Folge häufig oder rasch wiederholter Niederkünfte. Ueberdem stehen die Affectionen des Rükenmarks bei Weibern auch insofern mit den Genitalien in Beziehung, als sie höchst gewöhnlich an dem hysterischen Symptomencomplexe Theil nehmen und dieser notorisch sehr häufig seinen Ausgangspunkt in den Sexualorganen nimmt, sei es in Krankheiten und Störungen derselben, sei es in der Nichtbefriedigung der Triebe, sei es in andern Unordnungen, welche diese Organe erfahren.

Alle excessiven Anstrengungen sowohl der Muskel, als der Sexualorgane sind immer um so verderblicher, je weniger vollendet die Entwiklung des Rükenmarks ist oder je weniger dasselbe in seiner endlichen Ausbildung Functionsenergie erlangt hat; sie sind um so verderblicher, wenn zufälliger anderer Verbrauch der Kräfte oder zu geringer Ersaz daneben besteht oder kurz vorausgegangen ist, also bei gleichzeitigem Mangel an Schlaf, bei gleichzeitigen Gehirnanstrengungen, nach Blutverlusten und andern starken Entleerungen, bei mangelhafter Nahrung, im Verlaufe anderer Krankheiten oder in der Reconvalescenz von solchen.

Das Rükenmark und selbst die Wirbel sind directen Eingriffen äusserer Schädlichkeiten ziemlich entzogen. Nichtsdestoweniger kommen durch derartige Einwirkungen verschiedene Formen von Krankheiten zustande und zwar

1) durch directe eindringende Verlezungen (Fracturen der Wirbel),
2) durch Erschütterung,
3) durch Erkältungen der Haut,
4) durch Einführung schädlicher Substanzen in das Blut, durch dessen Vermittlung sie zum Rükenmark gelangen.

Die eigentlich traumatischen Erkrankungen des Rükenmarks gehören nicht in unsere Darstellung. Dagegen sind Erschütterungen nicht selten Ursache von Erkrankungen, welche mit Recht der innern Pathologie zugeschrieben werden. Es kann zwar geschehen, dass die Erschütterung nur dadurch wirkt, dass sie eine nicht zu

erkennende Fractur eines Wirbels zuwegebringt, die ihrerseits für sich oder durch die sich anschliessenden Processe auf das Rükenmark influirt; aber auch ohne eine derartige Verlezung und in Fällen, wo die anatomische Untersuchung nach dem endlichen Tode die Abwesenheit jeder eigentlichen traumatischen Läsion nachweist, ist es nicht selten, dass Rükenmarks- und Wirbelkrankheiten nach einem Falle auf das Gesäss, auf die Beine, nach einem Stosse auf den Rüken sich zu entwikeln anfangen, und zwar sowohl Rükenmarkskrankheiten vorübergehender Art, als auch die schwersten und unheilbarsten, wie entzündliche Erweichung und zuweilen selbst der Krebs. Wohl lässt sich in solchen Fällen nicht immer ausmitteln, ob durch ein derartiges Ereigniss nicht vielleicht erst die Aufmerksamkeit auf ein schon zuvor begonnenes Leiden gezogen wird.

Dass Erkältungen der Haut Rükenmarkskrankheiten zur Folge haben, kann nicht in Abrede gestellt werden, wenngleich wir den Zusammenhang der Ursache mit der Erkrankung in keiner Art nachzuweisen vermögen. Besonders sind es brüske Erkältungen, wie z. B. das Heraustreten aus einem heissen Orte an die winterkalte Luft, der Uebergang des schwizenden Körpers in einen eiskalten Raum, in kaltes Wasser, das Uebergossenwerden von einem kalten Regen bei transpirirender Haut: gleichzeitige Ueberanstrengungen scheinen die Wirkungen dieser Einflüsse noch zu steigern. Andererseits kann man vornehmlich von der Erkältung der Füsse und der Unterdrükung habitueller Fussschweisse eine nachtheilige Einwirkung auf das Rükenmark nicht selten beobachten, und nicht bloss durch absichtlich angestellte unvorsichtige Curen gegen Fussschweisse, sondern auch durch das Gehen auf kaltem Stein, auf Wachstuch mit ungenügend bekleideten Füssen werden zuweilen Rükenmarkskrankheiten der schwersten Art herbeigeführt. Es ist besonders bemerkenswerth, dass die durch Erkältungen zustandekommenden Rükenmarkskrankheiten wenigstens in der ersten Zeit, oft selbst noch nach ziemlich langer Dauer eine günstige Aussicht auf Heilung geben.

Einzelne Substanzen haben, wenn sie in die Circulation eingeführt werden, eine specifische Wirkung auf das Rükenmark, entweder auf dieses allein oder zugleich auf andere Organe, z. B. das Blei, der Alcool, das Secale cornutum, das Strychnin, Brucin, das Wurstgift, der giftige Biss mancher Thiere, manche Contagien und virulente Stoffe. S. darüber Constitutionskrankheiten.

Das Rükenmark und die Wirbel können in Folge von Affectionen anderer Organe erkranken oder doch wenigstens an deren Störungen Theil nehmen, und es gibt keine Stelle des Körpers, an deren Läsionen sich nicht das Rükenmark betheiligen könnte. Vorzugsweise aber sind folgende Verhältnisse hervorzuheben:

1) Das Rükenmark und die Wirbel stehen bei ihren Erkrankungen in Wechselwirkung, so dass in den meisten Fällen durch die Krankheiten der Wirbel Störungen des Marks und in vielen Fällen durch die Krankheiten des Marks Anomalieen in der Beschaffenheit der Wirbel herbeigeführt werden.

2) Die Erkrankungen und selbst die physiologischen Affectionen des Gehirns sind vom unmittelbarsten Einfluss auf das Rükenmark.

3) Störungen in den einzelnen Spinalnervenstämmen können Erkrankungen des Rükenmarks herbeiführen.

4) An den Erkrankungen des Knochensystems nehmen auch die Wirbel, wenngleich in untergeordneter Weise, Antheil.

5) Die Muskel, welche sich an der Wirbelsäule anheften, können bei anomalem Verhalten die Wirbelsäule krümmen und weitere Störungen in ihr einleiten.

6) Erkrankungen der Organe des Halses wirken sehr oft auf die Cervicalwirbel und das Cervicalmark, Erkrankungen der Pleuren, der Lungen, des Herzens, der Drüsen in der Brusthöhle auf den Dorsaltheil der Wirbelsäule, und Krankheiten des Unterleibs, vornehmlich Krebse und Tuberkel, können den Lumbaltheil der Wirbelsäule ergreifen; auch andere Affect-

ionen der Baucheingeweide scheinen zuweilen Rükenmarkskrankheiten zu bedingen, vornehmlich aber wirken auf solche die Erkrankungen des untern Dikdarms und der Genitalien.

7) Bei acuten Constitutionsstörungen treten zuweilen sehr auffallende Rükenmarkszufälle ein, ohne dass dieselben die Regel bilden: so namentlich beim Scharlach, beim Typhus, bei der Erkrankung durch Harnretention, bei der Pyämie, bei Malariaintoxication.

8) Manche chronische constitutionelle Störungen auch ohne specifische Ursachen veranlassen häufiger bald Erkrankungen der Wirbelsäule, bald des Marks, namentlich die allgemeine Tuberculose, die Scropheln, der Scorbut, die Gicht.

Eine Mitaffection des Rükenmarks findet bei jedem Zustand von Fieber, ja selbst bei jedem allgemeinen Uebelbefinden statt und selbst einzelne empfindliche Stellen werden bei den verschiedensten Arten der extraspinalen Erkrankung an der Wirbelsäule sehr gewöhnlich aufgefunden. Diess hat zu der einseitigen Uebertreibung geführt, mit Uebergehung der weit wichtigern Störungen in allen andern Organen die heterogensten Fälle unter der Rubrik der Spinalirritation zu subsumiren; und wenn auch zugegeben werden muss, dass eine Spinalirritation fast alle irgend erheblichen Störungen des Organismus begleitet, so muss stets untersucht werden, von welcher Bedeutung dieselbe in dem Complexe von Vorgängen ist und es ist nur dann passend, sie namhaft hervorzuheben, wenn sie wirklich hervortretende Erscheinungen macht oder von Einfluss auf den Verlauf der Gesammterkrankung ist. Ebenso wie die Spinalaffection zeigen sich auch fast bei allen Erkrankungen und Indispositionen leichtere oder beträchtlichere Störungen der Hautfunction; aber Niemand wird es rechtfertigen können, nach dieser untergeordneten Erscheinung complicirte Zustände zu benennen und zu classificiren, bei welchen schwere Alterationen in andern Organen sich finden. Nicht anders verhält es sich mit der Spinalirritation, nur dass allerdings die Störung des Rükenmarks, verglichen mit einer gleichgradigen eines andern Theils, z. B. der Haut, eine grössere Berüksichtigung verdient als die leztere.

Das Hinzutreten von Erkrankungen der Wirbel oder des Rükenmarks zu anderen Störungen in auffälligerem Grade lässt sich oftmals nicht näher erklären. Doch kommt es sehr häufig bei solchen Individuen vor, die durch ihre ursprüngliche Constitution oder durch stattgehabte Einflüsse zu solchen Erkrankungen mehr als andere geneigt sind. Die Acuität der primären Erkrankung scheint nicht von grossem Einfluss zu sein und ebenso hängt die Theilnahme des Rükenmarks durchaus nicht mit den Intensitätsgraden der primären Erkrankung zusammen. In manchen einzelnen Fällen tritt die Störung des Rükenmarks, ohne dass man irgend einen Grund dafür anzugeben wüsste, mit einer übermässigen Vehemenz hervor und kann selbst die ganze primäre Erkrankung verdeken. Diess geschieht zuweilen bei Pericarditen, bei Typhus, bei Unterdrükung der Harnsecretion; doch sind in den meisten Fällen neben den Rükenmarkssymptomen auch solche vom Gehirn vorhanden, oder bleibt es zweifelhaft, ob man die vorhandenen Convulsionen, tetanischen Anfälle und allgemeinen Paralysen auf den obersten Marktheil oder auf die Basis des Gehirns zu beziehen habe.

Dass das Rükenmark an den mannigfachsten Erkrankungen des Gehirns Antheil nehmen muss, ist höchst begreiflich und es sind an vielen Stellen die Affectionen dieser beiden Organe um so weniger getrennt zu halten, als es in der That keine Grenze zwischen beiden Abtheilungen des centralen Nervensystems gibt. In acuten Fällen von irgend erheblichem Grade mischen sich Symptome vom Rükenmark so gewöhnlich den Phänomenen der Gehirnkrankheiten bei, dass bei den leztern fast alle Erscheinungen der Rükenmarksaffectionen wieder aufgezählt werden müssen; in chronischen Krankheiten kann man dagegen häufig die schrittweise Miterkrankung des Rükenmarks aufs Genaueste verfolgen. — Auch physiologische Zustände des Gehirns, heftige Affecte, Gemüthsdruk, haben den unzweifelhaftesten Einfluss auf das Rükenmark und nicht selten sieht man eine offenbar spinale Lähmung in Folge einer heftigen Gemüthserschütterung eintreten oder spinale Krämpfe nach psychischen Einflüssen exacerbiren. — Dessgleichen kann von einzelnen Nervenstämmen aus das Rükenmark afficirt werden und nicht nur können sich Lähmungen derselben auf das gesammte Centralmark ausbreiten, sondern auch Schmerzen zu einer Allgemeinirritation der Medulla oder sogar zu Entzündungen derselben und ihrer Häute führen.

Bei den Erkrankungen des ganzen Knochensystems sind die Wirbel nicht selten mitafficirt; doch geschieht diess bei manchen sehr verbreiteten Affectionen des Skeletts nur in sehr unbedeutender Weise, so bei Rhachitis und anderen Knochenerweichungen, sowie bei der syphilitischen Knochenaffection, während dagegen multiple Osteiten und Knochentuberculose sehr oft sich in den Wirbeln festsezen. — Um so mehr aber wirken heftige und wiederholte Convulsionen, Contracturen, Lähmungen und selbst nur ungleiche Thätigkeit der Musculatur, welche sich an die Wirbelsäule ansezt, auf ihre Gestaltung und werden nicht selten die Ursache, dass sich weiterhin Störungen im Rükenmark selbst entwikeln.

Die der Wirbelsäule benachbarten Weichtheile, die Eingeweide, Lymphdrüsen und Gefässe, welch leztere besonders bei ihrer aneurysmatischen Ausdehnung häufig die Wirbel consumiren und das Mark selbst beeinträchtigen, sind häufig der Ausgangspunkt von Erkrankungen der Wirbel, theils in der Weise, dass Krankheitsprocesse von jenen auf diese überschreiten, vornehmlich Eiterungen, Tuberculose und Krebs, theils aber, dass sie auf die Stellung der Wirbel influiren. Besonders aber ist hervorzuheben, dass die Störungen des Herzens, soweit sie die Circulation erschweren, und die Blutüberfüllungen des unteren Darmes nicht selten chronische und habituelle Blutüberfüllungen der Spinalplexus herbeiführen und dadurch mehr oder weniger beträchtliche Functionsstörungen bedingen können.

Eine vorwiegende Theilnahme des Rükenmarks in einzelnen Fällen acuter schwerer Constitutionsstörungen stellt sich am häufigsten in der Form von Krämpfen dar und besteht selten ohne gleichzeitige, wohl aber häufig mit nur untergeordneten Gehirnaffectionen. Die Theilnahme des Rükenmarks an acuten schweren Constitutionsstörungen ist zuweilen von einer Art spinaler Disposition abhängig und kommt einerseits bei sehr jungen Kindern, andererseits bei zu Krämpfen auch sonst geneigten Individuen in überwiegender Häufigkeit vor. Allein man bemerkt hin und wieder auch eine durch nicht näher zu bezeichnende Einflüsse hervorgebrachte, in cumulirter Weise vorkommende heftigere Theilnahme des Rükenmarks an Krankheiten, bei welchen sonst auffallende Rükenmarkssymptome nicht gewöhnlich sind. So herrschen zuweilen Scharlachepidemieen, bei welchen ungewöhnlich häufig Rükenmarkskrämpfe vorkommen, ohne dass dieselben durch irgend einen Vorgang in einem andern Organe und ebensowenig durch anatomische Veränderungen in den Rükenmarkshäuten vermittelt wären. Auch bei Typhusepidemieen hat man, vornehmlich in heissen Ländern, Aehnliches beobachtet und der sogen. tetanische Typhus in Italien, die spinale Typhusform, die in Ungarn vorkommen soll, sind Beispiele für diese eigenthümliche Gestaltung von Typhusepidemieen. Es ist dabei bemerkenswerth, dass eine Art von Uebergang von diesen Formen des Typhus zu der epidemischen Cerebrospinalmeningitis stattzufinden scheint, wovon Weiteres bei der Lezteren. — Bei den chronischen Constitutionsstörungen können alle Formen der Störung der Markfunctionen eintreten ohne alle anatomische Veränderungen; es kommen aber hiezu noch die weiteren, durch die Dyskrasie bedingten Veränderungen der Wirbelknochen. Ausserdem können aber auch bei den chronischen Constitutionsstörungen substantielle Anomalieen in dem Mark und Exsudationen in den Häuten sich herstellen.

Es ist jedoch nicht zu übersehen, dass die angegebenen Ursachen durchaus nicht alle Fälle von Rükenmarkserkrankung erschöpfend erklären, dass vielmehr nicht wenige Beispiele vorkommen, wo leichtere wie schwerere Erkrankungen dieses Theils ohne irgend eine auffindbare Ursache sich einstellen und zwar ebensogut bei schwächlichen und delicaten Individuen, als bei den kräftigsten und abgehärtetsten Subjecten, und es gibt keine Form der Erkrankung, welche nicht in dieser, der Erforschung der Causalverhältnisse unzugänglichen Weise sich auszubilden im Stande wäre.

II. Pathologie.

A. Der Anfang der Rükenmarkskrankheiten entzieht sich in den meisten Fällen der directen Beobachtung und wenn auch Symptome das Bestehen eines abnormen Zustandes verrathen, so ist doch meistens nicht mit Sicherheit zu sagen, in welchen Veränderungen er besteht. Die Krankheiten des Rükenmarks kommen meist in einer so vorgerükten Periode zur ana-

tomischen Untersuchung, dass die Initialprocesse nicht mehr zu erkennen sind. Als primäre Vorgänge bei acquirirten Krankheiten des Rükenmarks und seiner Hüllen können angesehen werden:

1) abnorme Functionirung des Marks;

2) Hyperämieen des Marks, der Häute und der Knochen;

3) Riss von Gefässen und Entstehung von Apoplexieen in das Mark oder von Blutergüssen in die Häute;

4) vielleicht anomale Zunahme der Spinalflüssigkeit;

5) vielleicht Anomalieen in der Ernährung des Marks, Verfettung und Schwund einzelner seiner Theile;

6) Entstehung von parasitischen Bildungen, vornehmlich in den Wirbeln;

7) Schwund der Wirbel und Abweichungen in ihrer Stellung.

In Betreff des Beginnes der Rükenmarkskrankheiten lassen sich vornehmlich drei Typen unterscheiden:

1) der plözliche Anfang, welcher vornehmlich bei Riss von Gefässen, bei Verlezungen und in manchen Fällen abnormer Functionirung des Marks, auch zuweilen bei Hyperämieen desselben zu bemerken ist;

2) der acute Beginn, welcher sich bei abnormen Functionirungen, bei Hyperämieen, Entzündungen zu zeigen pflegt;

3) die allmälige Entwiklung, welche den verschiedensten functionellen und anatomischen Störungen, mit Ausnahme der Apoplexie angehört. Diese leztere ist bei weitem die gewöhnlichste.

In manchen Fällen jedoch ist ein plözlicher oder rascher Beginn nur scheinbar vorhanden, indem bei genauer Aufmerksamkeit vor demselben lange schon Symptome vom Rükenmark wahrzunehmen waren, oder indem ein Process in diesen Theilen eine kürzere oder längere Zeit latent verlief und auf einmal zur Aeusserung gelangte. Lezteres ist besonders bei den Krankheiten der Wirbel nicht selten zu beobachten.

B. Die verschiedensten Störungen im Rükenmark mit Ausnahme der functionellen können mehr oder weniger lange latent bleiben, vornehmlich wenn sie einen sehr beschränkten Siz haben oder eine langsame Entwiklung nehmen. Auch bei functionellen Störungen können zeitweise alle oder die meisten Symptome schwinden, obwohl eine Fortdauer des krankhaften Zustandes angenommen werden muss. Noch häufiger latent sind die Krankheiten der Wirbel, welche hauptsächlich nur durch ihre Volumsveränderungen sich kundgeben, insofern diese entweder durch die äusserliche Untersuchung sich verrathen, oder durch Druk die Nachbartheile, namentlich das Rükenmark beeinträchtigen.

Wie in manchen Fällen alle Symptome fehlen können, so kann in einem mehr oder weniger reichen Symptomencomplexe, welcher vom Rükenmark abhängt, auch jedes einzelne Symptom abwesend sein, und es ist nicht immer möglich, den Grund dieser Abwesenheit von sonst gewöhnlichen Symptomen genau anzugeben.

Die einzelnen Symptome der Krankheiten des Rükenmarks und seiner Hüllen beziehen sich auf folgende Verhältnisse:

1) Die Form, Gestaltung und Beweglichkeit der Wirbelsäule und einzelner Partieen der Wirbel. Sie erleiden vornehmlich in Krankheiten der Wirbel selbst Abweichungen, doch zeigt sich auch bei chronischen Rükenmarkskrankheiten nicht selten eine Veränderung in der Gestalt der Wirbelsäule und die Beweglichkeit derselben ist nicht nur bei chronischen, sondern ganz vorzüglich bei acuten Rükenmarkskranken erschwert oder ganz aufgehoben.

2) Die Musculatur der Wirbelsäule erleidet sehr häufig bei Wirbelkranken und Rükenmarkskranken eine auffallende Abmagerung, bei andern eine einseitige Entwiklung.

3) Schmerzen in der Wirbelsäule von der verschiedensten Art und der verschiedensten Ausbreitung, spontane, sowie Schmerzen bei Bewegungen, bei Druk auf einzelne Wirbel, namentlich auf ihre Dornfortsäze, bei Druk des Kopfes auf die Wirbelsäule, auch bei Druk auf die den Wirbeln benachbarten Stellen des Rükens sind ein ganz gewöhnliches Symptom bei allen Arten von Rükenmarks- und Wirbelkranken.

Nur wenn die Schmerzen sehr local beschränkt und dabei sehr beträchtlich sind, deuten sie mit einiger Wahrscheinlichkeit den Siz der Störung an; wo sie ausgebreitet sind, die Stelle wechseln und einen mässigen Grad zeigen, lassen sie sich für die Bestimmung des genaueren Sizes der Krankheit nicht benüzen.

4) Am Rumpfe und an den Extremitäten kommen bei Rükenmarkskrankheiten in mehr oder weniger grosser Ausbreitung theils subjective Empfindungen und Schmerzen, theils Unempfindlichkeit gegen äussere Eindrüke und zwar nicht selten beide Verhältnisse zugleich vor.

In manchen Fällen von Rükenmarkskrankheiten und sowohl von bloss functionellen, wie von anatomischen, vornehmlich in acuten oder acut exacerbirenden zeigen sich mehr oder weniger heftige Schmerzen in den Extremitäten, bald nur an einzelnen Stellen, bald an mehreren zumal oder im Wechsel. Diese Schmerzen zeigen sich mehr und gewöhnlich zuerst an den unteren Extremitäten als an den oberen; sie haben bald den Character der rheumatischen Schmerzen, bald stellen sie sich als ein schmerzhaftes Spannungsgefühl dar, bald unterscheiden sie sich in ihrer Art nicht von neuralgischen, sehr häufig zeigen sie sich als eine übermässige Empfindlichkeit gegen Berührung, wobei immer einzelne Punkte in höherem Grade empfindlich sind, als andere. Es ist in Beziehung auf die Stelle dieser Schmerzen keine feste Regel und es lässt sich aus ihrem Bestehen, wie aus ihrer Art und ihrer Verbreitung kein bestimmter Schluss auf die Diagnose machen. — An die Schmerzen schliessen sich an die Empfindungen von Brennen, von heisser Flüssigkeit, welche über die Theile hingegossen würde, oder auch nur von übermässiger Wärme, ferner von Stichen (besonders durch die Finger und Zehen) und Prikeln, — Erscheinungen, welche meist sehr ausgebreitet sind, vornehmlich an den Extremitäten sich zeigen, doch gewöhnlich eine Seite des Körpers mehr als die andere oder auch ausschliesslich befallen. — In unmerklichen Uebergängen schliessen sich daran weiter die Empfindungen von Ameisenlaufen und andere undeutliche mechanische Gefühle, von Pelzigsein, von Kälte, von Eingeschlafensein, und ebenso wie man durch Druk auf den Poplitaeus oder Ulnaris alle diese Sensationen, Wärme wie Kälte, Eingeschlafensein und mechanische Gefühle neben und nach einander entstehen sieht, so zeigt sich, nur in grösserer Ausbreitung, dasselbe bei Krankheiten des Rükenmarks. Solche Empfindungen treten zwar oft ganz spontan ein, aber sie können auch dadurch zuweilen auf eine beginnende Rükenmarkskrankheit hindeuten, dass sie schon bei mässigem Druk auf einen Nerven, bei einer etwas fortgesezten gleichmässigen Stellung oder Lage, überhaupt unter ähnlichen äusseren Einwirkungen, wie bei Gesunden, nur viel leichter und viel häufiger sich zeigen. Der Kranke wird gerade dadurch oft sorglos, dass er diese ersten Andeutungen des Leidens auf äussere Veranlassungen bezieht; aber ihre wiederholte Wiederkehr, namentlich an verschiedenen Stellen der Extremitäten, muss allmälig Verdacht über den Zustand des Rükenmarks erregen. — Sehr oft ist neben den angegebenen Erscheinungen oder ohne sie das Gefühl der Schwere in den Gliedern, welches oft in keinem Verhältniss zu der noch gut erhaltenen Bewegungsfähigkeit der Muskel steht. — Bald früher, bald später kann neben den subjectiven Empfindungen in den Gliedern ihre Empfindlichkeit gegen äussere Eindrüke sich vermindern: sie wird meist zuerst nur stumpf und ungenau und erst nach und nach, oft sehr lange nicht, verliert sie sich ganz. Dabei bleiben mitten in der anästhetischen Haut sehr oft noch einzelne empfindliche Punkte und die Anästhesie zeigt sehr oft Schwankungen von Besser- und Schlimmerwerden. Die Anästhesie ist gewöhnlich in den vom Rumpfe entferntesten Theilen, in den Fingerspizen, in den Zehen und Fussballen am weitesten gediehen, während der Schenkel und Oberarm oft nur dadurch seine geringere Empfindlichkeit zeigt, dass zwei Eindrüke, die gleich-

zeitig in einer Distanz, wo sie von dem Gesunden unterschieden werden, nur als einer erscheinen, oder dass Temperaturdifferenzen nicht mehr so genau als im Normalzustande percipirt werden. Ebenso verliert sich oft besonders frühzeitig bei Rükenmarkskranken die Empfindung der eigenen Muskelbewegungen. — Die höheren Grade der Empfindungslosigkeit finden sich fast nur bei an einer Stelle vollkommen zerstörtem Rükenmark.

5) **Störungen der Bewegung in den Extremitäten und willkürlichen Rumpfmuskeln** treten bei der grossen Mehrzahl der Rükenmarkskrankheiten ein und sind sehr häufig das auffälligste von allen Symptomen. Sie stellen sich dar:

a) als Eintreten nicht gewollter Bewegungen und zwar in Form übermässiger Reflexbewegungen und in Form störender Mitbewegungen und unwillkürlicher oscillatorischer Bewegungen;

b) als unvollkommenes Erfolgen gewollter Bewegungen, welches sich theils in der Art einfacher Unkräftigkeit, theils in dem Mangel eines richtigen Maasses der ausgeführten Bewegungen, theils in der unvermeidbaren Verunreinigung durch beigemischte nicht gewollte Bewegungen, theils in Erschwerung der Wiedererschlaffung der in Thätigkeit gesezten Muskel kund gibt;

c) als mehr oder weniger fortdauernder gänzlicher Verlust des Willenseinflusses auf die Muskel, wobei diese entweder in dem contrahirten oder im erschlafften Zustande verharren oder in oscillatorischer unwillkürlicher Bewegung sich befinden.

Mehrere dieser Modalitäten können gleichzeitig bei einer Rükenmarkskrankheit vorhanden sein, oder successiv im Verlaufe derselben eintreten. Bei lezterem lässt sich sehr häufig ein doppelter Zustand unterscheiden:

ein annähernd gleichmässiger, gewissermaassen habitueller, welchem vornehmlich die Geneigtheit zu Reflexbewegungen und Mitbewegungen, die Unkräftigkeit, der Mangel des richtigen Maasses, die oscillatorischen Bewegungen und der gänzliche Verlust des Willenseinflusses zukommen, und

die paroxystischen Anfälle, denen nicht nur gesteigerte Störungen der ebengenannten Art angehören, sondern besonders das Eintreten heftiger nicht gewollter Muskelcontractionen und die Erschwerung der Wiedererschlaffung der in Thätigkeit gesezten Muskel. Diese Paroxysmen können von der leichtesten Art bis zu den fürchterlichsten krampfhaften Erschütterungen, zur gänzlichen Erstarrung oder totalen paroxystischen Lähmung alle Grade zeigen, und die leichteren Grade kommen bei jeder Form von Rükenmarkskrankheit in zahlreichen Wiederholungen und meist auf geringfügige Veranlassungen vor. Die Paroxysmen sind überhaupt bald spontane Ereignisse, bald werden sie durch irgend welche körperliche oder gemüthliche Anregung des Kranken, durch jedes Heraustreten aus dem gewöhnlichen Gange der Verhältnisse und Einwirkungen angeregt. Sie sind bald nur momentan, bald haben sie eine längere Dauer, und die anhaltenden können selbst als eine Reihenfolge zahlreicher einzelner Paroxysmen angesehen werden, zwischen welchen der Zustand des Kranken nie zur habituellen Ruhe kömmt.

Die motorischen Störungen sind gewöhnlich mit mehr oder weniger lästigen Empfindungen, verbunden, theils mit wirklichen Schmerzen und andern Sensationen der Tastnerven, theils mit eigenthümlichen Empfindungen, wie dem Gefühle der Schwere, der Spannung, der Zerrung, des Schwindels, welch lezterer gewissermaassen auch sich auf eine einzelne Extremität beschränken kann, indem in derselben die Perception der statischen Verhältnisse gestört ist und dadurch Bewegungen und Erhaltung des Gleichgewichts unsicher geworden sind.

Da die Störungen der Bewegung nicht bloss vom Rükenmark, sondern auch von der Peripherie und vom Gehirn abhängen können, so ist es eine wichtige Aufgabe, zu untersuchen, welche dieser Störungen im Spinalmarke ihren Grund haben. Die Beantwortung dieser Frage stösst aber in dem einzelnen Falle sehr oft auf die allergrössten Schwierigkeiten und ist oft geradezu unmöglich. Diess kann um so weniger anders erwartet werden, als bei dem Zusammenhange des peripherischen Nervensystems, des Rükenmarks und des Gehirns und bei dem so gewöhnlichen Fortschreiten

der Affectionen von jedem Punkte des Nervensystems in der centralen, wie in der peripherischen Richtung und bei der ungenügenden Controle der Erscheinungen durch die anatomische Untersuchung principiell vielfach gar nicht festgesezt werden kann, unter welchen Bedingungen mit absoluter Sicherheit ein Bewegungsphänomen dem Gehirn, dem Rükenmarke oder dem peripherischen Nervensystem zuzuschreiben ist, als ferner durch die Complicirtheit der einzelnen Fälle sehr oft jede Regel sich verwischt und dieselbe weder streng analysirt, noch die bei ihnen gewonnenen Erfahrungen mit Exactheit generalisirt werden können. Mit Wahrscheinlichkeit kann das Eintreten nicht gewollter Bewegungen auf das Rükenmark bezogen werden:

a) wenn derartige Bewegungen im Bereich der Gehirnnerven fehlen.

b) wenn die übrigen Gehirnfunctionen in keiner Art gestört sind.

c) wenn die Zufälle auch im Schlafe fortdauern oder selbst gesteigert sind.

d) wenn die Bewegungen, soweit sie durch peripherische Eindrüke veranlasst oder gesteigert werden (als Reflexactionen eintreten), zunächst im Gebiete der peripherischen Reizung sich zeigen.

Das unvollkommene Erfolgen gewollter Bewegungen kann mit Wahrscheinlichkeit auf eine spinale Ursache zurükgeführt werden:

a) wenn es in gleichnamigen Gliedern in annähernd gleichem Grade stattfindet,

b) wenn die von Hirnnerven abhängigen Muskel dabei ganz unbetheiligt sind.

c) wenn ein Fortschreiten dieser Störung von unten nach oben erfolgt.

d) wenn Muskeltonus und Reflexbewegung vermindert sind.

Der gänzliche Verlust des Willenseinflusses auf Muskel hängt mit Wahrscheinlichkeit vom Rükenmark ab:

a) wenn alle unter einer bestimmten Stelle des Rükenmarks abgehenden Nerven gleichmässig ihre Leitungsfähigkeit verloren haben, was vornehmlich eine paarige Lähmung voraussezt.

b) wenn neben der gelähmten Bewegung Anästhesie der Haut in den betreffenden Theilen sich zeigt.

c) wenn die Lähmung von den untersten Theilen nach den oberen fortschreitet,

d) wenn die Lähmung auf die von Gehirnnerven versorgten Organe nur erst dann sich ausbreitet, nachdem die oberen Extremitäten ganz gelähmt oder doch in ihren Bewegungen erheblich gestört sind.

Marshall Hall (Comptes rendus de l'academie des Sciences XXXVIII. 80) und Donders (Nederl. Lancet 1850 März und April) haben sich mit der Unterscheidung cerebraler und spinaler Lähmungen beschäftigt, wobei ersterer vornehmlich auf die Steigerung der Muskelirritabilität und die leichtere Reaction auf geringe galvanische Einwirkungen bei cerebraler Paralyse und auf die Verminderung der Irritabilität bei spinaler Lähmung das Hauptgewicht legt, während Donders annimmt, dass, wenn ein Theil des Rükenmarks aufgehört hat zu functioniren, die Muskel, welche aus diesem Theil ihre Nerven erhalten, mit der willkürlichen Bewegung auch Tonus und Contractilität verloren haben, diejenigen aber, deren Nerven unterhalb der nicht functionirenden (zerstörten etc.) Stelle entspringen, zwar keiner willkürlichen Bewegung mehr fähig seien, aber noch Tonus und Contractilität zeigen.

6) Der Tonus der Muskel in den Extremitäten, vornehmlich den unteren, geht zuweilen in auffallender Weise bei chronischen Rükenmarkskranken verloren, während in anderen Fällen nichts davon sich zeigt, ohne dass der Grund dieser Verschiedenheit sich im einzelnen Falle angeben liesse. — Dessgleichen sind die von Motilitätsanomalieen (Krämpfen und Lähmungen) befallenen Muskel bald und meist abgemagert, bald aber auch, wenigstens bei nicht zu langer Dauer der Affection, in ihrer Fülle nicht verändert.

Tritt die Rükenmarkskrankheit vor vollendetem Wachsthum ein, so kann bei langer Dauer die Bildung und der Bau des Skeletts der Extremitäten dadurch modificirt werden, während bei späterem Ausbruch der Krankheit der Einfluss auf die Knochen der Gliedmaassen nur gering ist, eher aber die Gelenksverbindungen nothleiden.

7) In Betreff der Geschlechtstheile zeigen sich die Rükenmarkskrankheiten vornehmlich nur von Einfluss auf die männlichen Sexualorgane. Ihre Functionen sind in einzelnen Fällen zu einer erhöhten Thätigkeit gesteigert. Meist jedoch findet sich Abnahme der Potenz, entweder und be-

sonders anfangs in der Form irritabler Schwäche mit verfrühter Ejaculation und mit unkräftigen Erectionen, oder in der Form der Erschöpfung mit Seltenheit und Unvollständigkeit der Erectionen und geringer Samenabsonderung, oder endlich in der Form paralytischer Frigidität mit gänzlicher Abwesenheit von Erectionen und Erloschensein des Geschlechtstriebes. Häufig ist dabei ein Herabhängen der Hoden zu bemerken und viele Kranke beklagen sich über ein Kältegefühl in den Genitalien, welches sie veranlasst, dieselben mehr oder weniger warm zu halten, mit Pelz zu verhüllen und dergl. m. — Auf die weiblichen Genitalien zeigen die Rükenmarkskrankheiten weit weniger Einfluss, doch kommen die Hämorrhagieen mit erhöhter Reizbarkeit der Geschlechtstheile zuweilen bei rükenmarkskranken Mädchen und Weibern vor.

8) Die Blase zeigt bei vielen Rükenmarkskranken eine gelähmte Musculatur, entweder in der Weise, dass der Harn nicht spontan oder doch mit Schwierigkeit entleert wird, oder so, dass derselbe ohne Willen und Wissen des Kranken abträufelt. Gewöhnlich entwikeln sich in Folge davon Blasencatarrhe und phosphatisch-alcalinische Niederschläge in dem Harn. Die Blasenparalyse fällt meistens zusammen mit Paralyse der Extremitäten, vornehmlich der unteren, doch eilt sie zuweilen auch der completen Paraplegie voran. Seltener sind spasmodische Zufälle von Seiten der Blase, die vornehmlich nur bei weiblichen Kranken beobachtet werden.

9) Der Darmcanal zeigt in seinen oberen Theilen nur ausnahmsweise Störungen, die vom Rükenmark abhängen; doch kommen zuweilen Magenschmerzen, Erbrechen und Störungen des Appetits vor. Nicht selten bildet sich ein auffallender Meteorismus aus. Die gewöhnlichste Erscheinung aber ist bei vorgeschrittenen Rükenmarkskrankheiten Paralyse des untern Darmes, zunächst des Rectums, welche von einer mässigen Verstopfung bis zu einer vollkommenen Unthätigkeit der Rectumsmuskel, zuweilen verbunden mit einer Anästhesie der Schleimhaut alle Grade zeigen kann. Nicht selten kommen bei Rükenmarkskranken im Dikdarm Oxyuriden vor, und sehr gewöhnlich sind bei ihnen hartnäkige Anschwellungen der Hämorrhoidalvenen.

10) Die Organe der Respiration betheiligen sich in directer Weise nur bei solchen Störungen des Rükenmarks, welche in den obersten Partieen des Cervicaltheils ihren Siz haben. Zwerchfellskrämpfe und höchst gesteigerte Respirationsbewegungen sind nicht selten bei Rükenmarksreizung. Andererseits können die Intercostalmuskel, bei noch höherem Size auch das Zwerchfell zuweilen gelähmt sein. Ferner können Affectionen der Respirationsorgane bei Wirbelkrankheiten durch unmittelbaren Druk und Fortschreiten des Processes entstehen oder sich bei Gelähmten in Folge der langen Rükenlage ausbilden.

11) Palpitationen sind häufig bei Rükenmarkskranken, sie scheinen aber mehr Folge der allgemeinen Gereiztheit zu sein, als von einem directen Einflusse abzuhängen, wenn nicht etwa bei einer Wirbelkrankheit das Herz topisch beeinträchtigt wird. Ausserdem sind bei Verkrümmungen der Wirbelsäule Herzhypertrophieen, vornehmlich in der rechten Herzabtheilung sehr gewöhnlich.

12) Fortschreitende Affectionen des Rükenmarks breiten sich gerne von dem Cervicaltheil auf das Gehirn aus und oft sind es die Kopfsinne, welche besonders frühzeitig einen Antheil an der Rükenmarksaffection zeigen. Die Erscheinungen vom Gehirn und von den Kopfsinnen geschehen dabei in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle im Typus der Paralyse, viel seltener in dem der Irritation.

13) Die Haut zeigt bei Rükenmarkskranken, vornehmlich bei solchen mit Paralyse, eine grosse Neigung zu lentescirenden Processen, zu Hyperämieen, Pustelbildungen, Verschwärungen und Brand. Diess scheint weniger von einem directen Einflusse des Rükenmarks abzuhängen, als von der gleichmässigen Lage, welche derartige Kranke anzunehmen genöthigt sind und von der Unempfindlichkeit der Haut, vermöge welcher sie kleine Beschädigungen und Verlezungen derselben nicht fühlen und nicht vermeiden, durch welche ursprünglich unbedeutende Erkrankungen der Haut fortwährend unterhalten, gesteigert und zu destructiven Processen geführt werden.

14) Die allgemeine Ernährung und das Gesammtbefinden leidet bei vielen Rükenmarkskranken, vornehmlich chronischer Art oft lange nicht; selbst schwere Affectionen der Art vertragen sich mit einem beträchtlichen Embonpoint, mit guter Stimmung und körperlichem Wohlbefinden. Wenn in anderen Fällen frühzeitig Marasmus und Fieberbewegungen eintreten, so lässt sich häufig der Grund dieses Unterschiedes im Antheil des Gesammtorganismus nicht vollkommen durchschauen und oft scheint die Betheiligung des lezteren mehr von Nebenverhältnissen abzuhängen, als von der Rükenmarkskrankheit. Nur bei sehr vorgeschrittenen Affectionen, oder aber bei acuten ist zuweilen die Abmagerung und sind die Fieberbewegungen in offenbarem Zusammenhang mit der Localstörung.

Die Unterscheidung zwischen Krankheiten des Rükenmarks selbst, seiner Häute, der Rükenwirbel und der an sie sich ansezenden Muskel ist häufig unmöglich und viele der zur Differentialdiagnostik in diesem Sinne angegebenen Symptome sind durchaus trügerisch und meist theoretisch. Krankheiten des Rükenmarks und seiner Häute lassen sich in den meisten Fällen gar nicht von einander unterscheiden und nur bei einzelnen Affectionen ist den Umständen nach eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich, wie bei den speciellen Formen zu besprechen ist. Dass aber eine Affection in den Rükenwirbeln ihren Siz hat, lässt sich nur dann annehmen, wenn von diesen selbst und namentlich an wenigen derselben auffallende Form- und Lageveränderungen sich zeigen. Dass endlich eine Affection auf die Rükenmuskel allein beschränkt sei, kann nur dann angenommen werden, wenn bei Beschwerden an dem Rükgrate alle Spuren von Formveränderungen an den Wirbeln fehlen und in entfernten Theilen, an den Extremitäten, der Blase, dem Rectum, den Genitalien keine vom Rükenmark abhängige Störungen der Functionen zu bemerken sind.

Bei dem ausserordentlichen Ueberwiegen der Länge des Rükenmarks und seiner Hüllen über die anderen Dimensionen ist eine Unterscheidung des Höhepunktes der Affection eher möglich, als eine Unterscheidung des diametralen Punktes der Erkrankung. Für die leztere hat man zwar einige Säze aus der Physiologie zur Differentialdiagnostik benuzen wollen und glaubte bei überwiegenden Symptomen der Sensibilität Störungen in den hintern Theilen des Rükenmarks, bei überwiegenden motorischen Symptomen Störungen in den vordern annehmen zu dürfen; auch hat man zuweilen aus der vorwiegenden Erkrankung der Flexions- oder Extensionsmuskel die Stelle bestimmen wollen, an welcher das Rükenmark leidet: aber diese theoretischen Aufstellungen entbehren noch der thatsächlichen Bestätigung. Man muss sich hüten, aus gewissen eben herrschenden Vorstellungen über die Physiologie des Rükenmarks die Symptome für die Diagnose sich zurechtlegen zu wollen und es kann gegen diese verkehrte Weise, wie häufig die physiologische Medicin aufge-

fasst wird, nicht genug protestirt werden. Die physiologische Medicin hat nicht aus den Theorieen der Physiologen vermeintliche Thatsachen zu holen, sondern sie hat sich an der Beobachtungsweise der exacten Physiologie ein Muster zu nehmen. Selbst in den übrigens seltenen Fällen, wo bei Rükenmarkserkrankungen die Erscheinungen auf eine Seite des Körpers beschränkt waren, ist es nicht klar, wie sich die anatomischen Veränderungen dabei örtlich verhalten. — Eher hat man Thatsachen, welche eine Diagnose des Höhepunktes der Affection möglich machen. Am leichtesten und selbstverständlich ist diese, wenn die Wirbel erkrankt sind. Wo bei gesunden Wirbeln das Rükenmark leidet, ist die Bestimmung des Sizes der Störung weit schwieriger. Die vorliegenden Thatsachen beziehen sich grösstentheils auf Verlezungen und man muss gestehen, dass in eigentlichen Krankheitsfällen die aus jenen gezogenen Folgerungen nicht immer vollständig zutreffen, ohne Zweifel darum, weil die Symptome nicht immer und vielleicht am wenigsten von derjenigen Stelle abhängen, welche palpable und der anatomischen Forschung zugängliche Veränderungen zeigt, sondern sehr häufig von solchen, welche in der Leiche unversehrt gefunden werden. Man muss sich daher hüten, die Regeln für die Auffindung des Höhepunktes der Rükenmarksaffection zu streng zu nehmen. Im Allgemeinen beschränken sich bei Affectionen des Rükenmarks in der Höhe des ersten Lendenwirbels und der untern Rükenwirbel die Symptome auf Störungen der Sensibilität und Bewegung der unteren Extremitäten, des Rectums, der Blase und der Genitalien. Bei Erkrankungen des Dorsaltheils ist neben den ebengenannten Symptomen die Haut des Rumpfes und die Musculatur desselben mehr oder weniger betheiligt, die Respiration zuweilen schon etwas beeinträchtigt und Palpitationen treten nicht selten auf. Ist der Cervicaltheil des Rükenmarks afficirt, so leiden neben allen übrigen Störungen die obern Extremitäten, die Naken- und Halsmuskulatur ist contrahirt, das Schlingen erschwert. Hat die Affection ihren Siz oberhalb des Ursprungs des Phrenicus, so ist das Zwerchfell mit afficirt und die Respiration geschieht nur höchst mühsam in der Form des Halsathmens.

C. Der Verlauf der Rükenmarkskrankheiten zeigt alle Verschiedenheiten, welche der Verlauf der Krankheiten überhaupt darbieten kann; doch ist eine überwiegende Hinneigung zur Lentescenz bei den Affectionen dieses Organs zu bemerken. Einzelne Formen der Erkrankung können daher in der acutesten Weise, selbst ganz plözlich beginnen (nach Verlezungen, apoplectische Ergüsse, nervöse Störungen), es ist auch ein rasches Uebergehen derselben in den gesunden Zustand möglich und ein schnelles, nach Stunden oder wenigen Tagen schon eintretendes tödtliches Ende erfolgt nicht selten; aber in den meisten Fällen erheblicheren Grades schliesst sich selbst an die in acutester Weise beginnenden Rükenmarksaffectionen ein chronisches Stadium an.

Acut ablaufende Krankheiten des Rükenmarks, sowohl solche, welche nach wenigtägigem Verlaufe zum Tode führen, als solche, bei welchen sich nach heftigen Symptomen die Störungen bald wieder ausgleichen, sind meist mehr oder weniger mit Gehirnaffectionen verbunden und es bleibt in vielen Fällen fraglich, ob sie nicht nur den untergeordneten und secundären Theil der Gesammterkrankung darstellen.

Die ganz chronischen Krankheiten des Rükenmarks sind die allergemeinsten und wenn sie auch zuweilen aus einem acuteren Anfang sich herausentwikeln, so entstehen sie doch in der Mehrzahl der Fälle in ganz allmäliger Entwiklung, mit Symptomen, welche gar oft im Anfange kaum die Aufmerksamkeit auf sich ziehen oder welche mehr als peripherische Störungen angesehen werden und erst nach monate- bis jahrelanger Dauer sich steigern und vervielfältigen. Je mehr die Rükenmarkskrankheit diesen lentescirenden Verlauf zeigt, um so weniger kann auf eine Herstellung gerechnet werden und dabei pflegt sich in den meisten Fällen ein wenn auch oft unterbrochenes, aber doch unaufhaltsames Fortschreiten der Stör-

ung nach der Länge des Marks von unten nach oben herzustellen. Bei solchen Affectionen, bei welchen das Rükenmark mehr durch Störungen seiner Hüllen beeinträchtigt wird, als selbst primär erkrankt ist, nehmen dagegen die Störungen in chronischen Fällen in Betreff ihrer Ausbreitung einen habituellen Character an, können sich bessern oder verschlimmern, verbreiten sich aber nicht auf weitere Partieen der vom Mark abhängigen Theile, ausser wenn im weiteren Verlaufe eine selbständige Erkrankung des Markes, z. B. eine Erweichung sich hinzugesellt.

Manche Fälle von Rükenmarkskrankheiten zeigen einen vollkommen oder annähernd intermittirenden Verlauf und es wechseln dabei die Paroxysmen mit vollkommen normalem Verhalten oder doch mit bessern Zuständen, bald in regelmässigem Rhythmus, bald ohne alle Regel ab. In den meisten Fällen lässt sich der Grund dieses intermittirenden Verlaufes nicht auffinden; er kommt mehr bei functionellen Störungen als bei anatomischen, mehr bei irritativen als bei paralytischen Formen vor. In einzelnen Fällen scheint die Art der Ursache (Malariainfection, Menstruationsstörungen, Hämorrhoidalstörungen) den Grund dieser Verlaufsweise zu enthalten.

III. Therapie.

Die Rükenmarkskrankheiten gelten mit Recht als solche, welche der Therapie mit besonderer Hartnäkigkeit widerstehen. Wenn aber diess allerdings für viele Fälle gilt, so kommen doch auch Fälle genug selbst von sehr vorgeschrittener Rükenmarkskrankheit zur Beobachtung, welche durch ein zwekmässiges Verfahren in überraschender Weise sich bessern oder in vollkommene Heilung übergehen. Andererseits geben die mit unregelmässigen Intermissionen und Schwankungen verlaufenden Formen im Durchschnitt eine schlechtere Prognose, als diejenigen, welche gleichmässig verlaufen. Wenn das Rükenmark selbst afficirt ist, ist die Herstellung schwieriger und unwahrscheinlicher, als wenn die Erkrankung in den Häuten ihren Siz hat und in lezteren ist die Aussicht auf Erfolg der Therapie geringer als wenn nur die Wirbel erkrankt sind, in welchen Fällen zwar häufig unheilbare Difformitäten zurükbleiben, aber oft der schädliche Einfluss auf das Rükenmark im Laufe der Zeit wieder gehoben werden kann. — Schwere anatomische Veränderungen, wie sie in allen Organen als unheilbare oder doch wenig Hoffnung auf Ausgleichung gebende angesehen werden, sind auch beim Rükenmark und seinen Hüllen die schlimmsten; dagegen geben mässige und gutartige anatomische Processe fast eher eine Aussicht auf Herstellung als rein functionelle Störungen, vornehmlich wenn leztere eine geraume Zeit hindurch sich erhalten haben und gewissermaassen habituell geworden sind.

A. Die **Causalindication** verdient bei allen Krankheiten des Rükenmarks und seiner Hüllen, wo sie irgend anwendbar ist, die strengste Beachtung und sie ist in der That in sehr vielen Fällen vom grössten Nuzen.

Die Wiederherstellung einer unterdrükten Menstruation, eines unterdrükten Fussschweisses, die Vermeidung geschlechtlicher Ausschweifungen ist oft vom überraschendsten Erfolge bei schweren Rükenmarkskrankheiten. Allein die causale

Indication findet hier zahlreiche Hemmnisse, theils in der Schwierigkeit, die wirklichen Ursachen aufzufinden, theils in der Unmöglichkeit, sie zu beseitigen, vornehmlich aber darin, dass in den meisten Fällen die nachtheiligen Folgen sich schon zu weit entwikelt und zu sehr festgesezt haben und dass daher die Berüksichtigung der Causalindication zu spät kommt. Nichtsdestoweniger muss man aber auch in den veraltetsten Fällen trachten, der Causalindication soweit als möglich gerecht zu sein.

B. Das Regime schliesst sich zum Theil der Causalindication an und bietet nicht wenige, im einzelnen Falle schwierig zu beantwortende Probleme. Was die Diät anbelangt, so ist im Allgemeinen bei Krankheiten des Rükenmarks und seiner Hüllen, abgerechnet von acuten Processen, eine nährende, aber leicht verdauliche Kost nöthig, mit Vermeidung aller reichlichen Koth machenden Speisen, welche den zur Paralyse geneigten Darm belästigen und die Schwierigkeiten der Stuhlentleerung steigern. — Die Temperatur der Atmosphäre und die Wärme der Bekleidung wird bei Rükenmarkskranken am besten nach ihren eigenen Gefühlen bemessen, und es ist in dieser Beziehung durchaus das nüzlich, was dem Kranken selbst wohlthuend und angenehm ist. Unter allen Umständen aber ist eine warme Bekleidung der unteren Extremitäten und vornehmlich der Füsse unerlässlich und sind alle Erkältungen derselben aufs Strengste zu vermeiden. — Die Bewegung ist in den schwersten Fällen von Rükenmarkskrankheit und von Affection der Wirbel unbedingt zu untersagen und verbietet sich in diesen von selbst; allein sehr schwierig ist die Bestimmung des Grades der Bewegung in weniger heftigen und in langsamer verlaufenden Fällen. Absolute Ruhe ist in solchen meist nicht zuträglich und das fortwährende Liegen zu Bett begünstigt nur die Entwiklung und das Fortschreiten der Lähmung, fördert überdem das Entstehen des Decubitus, zerrüttet endlich rascher die Constitution. Passive Bewegung muss, wo immer möglich, in ausgedehntem Maasse vorgenommen werden und selbst eine mässige active Bewegung ist, so lange sie überhaupt nicht durch die Paralyse vereitelt ist, den meisten Kranken eher nüzlich. Dagegen kann das Maass nur nach scharfer Beobachtung des Einzelfalls bestimmt werden und ein geringes Ueberschreiten desselben macht oft alle errungenen Vortheile wieder zunichte. Mässige Bewegung zu Fuss scheint fast immer vortheilhafter zu sein als das Reiten, welches nur ausnahmsweise Rükenmarkskranken wohl bekommt. — Noch schwieriger ist in manchen Fällen die Frage über Zulassung des Coitus zu entscheiden. Bei sehr vielen Rükenmarkskranken ist durch das Ausbleiben aller Erectionen dieser von selbst beseitigt; bei anderen findet man dagegen nach einem Coitus eine so erhebliche Schwächung und eine solche Verschlimmerung der Zufälle, dass er aufs Strengste zu verbieten ist, und zwar das nicht allein bei paralytischen Formen, sondern auch bei irritativen. Aber es kommen Fälle von Rükenmarkskranken vor, bei welchen das Verhalten ein ganz anderes ist, welche, früher gewöhnt an regelmässige Cohabitation, kräftige Erectionen zeigend und vielleicht selbst geschlechtlich aufgeregt, von einem nicht zu häufigen Coitus den entschiedensten Vortheil haben, dagegen wenn sie, wie gemeiniglich geschieht, davon aufs Strengste zurükgehalten werden, sich sichtlich verschlimmern. Es kann hier keine allgemeine Regel gegeben werden, und namentlich die Form der Erkrankung gibt keine Anhaltspunkte, indem

selbst bei Parese zuweilen der Coitus nicht nur nicht schadet, sondern nüzlich ist; es muss vielmehr der richtigen und umsichtigen Ueberlegung des Einzelfalls überlassen bleiben, welcher Rath dem Kranken zu geben ist. Es versteht sich dabei von selbst, dass alle Ausübung des Coitus über wirkliches Bedürfniss, dass alle künstlichen Anregungen zum Coitus und dass alle Geschlechtsaufregungen ohne Befriedigung unter allen Umständen bei Rükenmarkskranken aufs Strengste zu vermeiden sind.

C. Die Behandlung bekannter oder doch vermutheter geweblicher Processe nach ihrer Art, wie sie auch in anderen Organen stattzufinden pflegt, kann zwar zuweilen bei den Krankheiten des Rükenmarks und seiner Hüllen unternommen werden, aber doch nur in der Minderzahl der Fälle, da in den meisten eine auch nur annähernd sichere anatomische Diagnose unmöglich ist.

D. Um so mehr ist man auf symptomatische Methoden angewiesen und es lässt sich nicht leugnen, dass mit denselben viele Fälle von Rükenmarkskrankheiten zur Genesung geführt werden, bei welchen man niemals eine genaue Diagnose der zu Grunde liegenden Störungen zu machen im Stande war. Die Mittel, welche angewendet werden können, sind:

1) beruhigende Einwirkungen,
2) Gegenreize,
3) resorbirende Mittel,
4) specifisch auf das Rükenmark wirkende Mittel,
5) peripherische Reize,
6) tonische Mittel.

Die am gewöhnlichsten in Anwendung kommenden, beruhigend auf das Rükenmark einwirkenden, d. h. die Symptome von Irritation desselben mindernden Mittel sind die kühlen, lauwarmen und warmen Bäder und es finden dieselben die allerverbreitetste und in vielen Fällen eine erfolgreiche Benuzung. Es gibt fast keinen Rükenmarkskranken, nur die alleracutesten Fälle ausgenommen, bei welchen nicht die Anwendung der Bäder in beruhigender Weise von Vortheil wäre. — Es lässt sich dabei aber der Wärmegrad nicht im Allgemeinen bestimmen, bei welchem das Wasser die beruhigende Wirkung hat: er wechselt vielmehr in den einzelnen Fällen nach den individuellen Verhältnissen. Verhältnissmässig zu hohe oder zu niedere Wärmegrade haben nicht mehr die beruhigende, sondern die erregende, die lezteren zuweilen auch eine deprimirende Wirkung und das Eine wie das Andere lässt sich eben nur an dem Einflusse auf den Kranken erkennen. Die beruhigend wirkenden Bäder sind wohl in keinem Falle von Rükenmarkskrankheit schädlich, der Nachtheil entspringt nur aus dem Ueberschreiten des Wärmegrads, der in dem einzelnen Falle beruhigend wirkt, und zwar sowohl in Anwendung relativ zu kalter als zu heisser Bäder. Auch können Bäder, die an sich eine beruhigende Wirkung haben, dadurch dass sie zu lange fortgesezt oder zu häufig gegeben werden, diese Wirkung verlieren und statt ihrer eine schädliche zeigen. In allen diesen Rüksichten kann nur allein die genaue Aufmerksamkeit auf den Einzelfall und die individuellen Folgen des Bades in der weiteren Anwendung des Mittels leiten. Durch manche Zusäze werden Bäder noch milder und beruhigender gemacht, wie durch den Zusaz von Milch und Molken, durch den Zusaz von mässigen Mengen Alkali und Seife, von Gallerten, Malz u. s. w. und bei sehr empfindlichen Kranken oder wo noch andere Heilzweke mit erzielt werden, können diese Zumischungen von grossem Vortheil sein. Die Einwiklung in nasskalte Tücher, die Anwendung von kalten Umschlägen auf den Rüken und selbst von Eisblasen hat nur auf einzelne Kranke einen beruhigenden Einfluss. — Dessgleichen wirken Blutegel und Schröpfköpfe an die Wirbelsäule applicirt zwar in manchen Fällen sichtlich besänftigend auf die Symptome, in anderen dagegen steigern sie diese und regen den Kranken in der entschiedensten Weise auf

oder verschlimmern die Paralyse, und es ist nicht zu leugnen. dass dieser verschiedene Erfolg in den meisten Fällen nicht vorhergesehen werden kann: daher ist die Application dieser Mittel nur mit einer gewissen Vorsicht und wenn nach der Lage des Falls der zu hoffende Nuzen grösser ist, als der zu fürchtende Nachtheil, in Anwendung zu bringen. — Milde Einreibungen von Belladonnasalbe, Opiumsalbe, Fett überhaupt werden sehr oft vorgenommen, scheinen aber einen sehr untergeordneten Nuzen zu haben. — Innerlich anwendbare specifisch beruhigende Mittel sind nicht bekannt, sondern nur solche, welche überhaupt auf den ganzen Organismus die beruhigende Wirkung äussern.

Ausser den beruhigenden Mitteln finden die örtlichen und entfernten Gegenreize die ausgedehnteste Anwendung in Krankheiten des Rükenmarks und seiner Häute, und es ist nicht zu leugnen, dass starke Reize auf die Fusssohlen und unteren Extremitäten überhaupt (Bestreuen der Füsse mit Senf, Senffussbäder, Fussbäder mit Königswasser) und dass vornehmlich die Application energischer Gegenreize an die Wirbelsäule selbst (Blasenpflaster, Tartarus emeticus, Crotonöl, Fontanellen, Moxen, das glühende Eisen) nicht selten den schwersten Erkrankungen eine günstige Wendung geben. Man muss aber gestehen, dass es an scharfen Indicationen für die Anwendung dieser Mittel fehlt, und man würde sehr häufig einen Kranken ungeheilt lassen, der durch diese Mittel herzustellen ist, wenn man ihre Anwendung nur auf solche Fälle beschränken wollte, in denen man eine genaue Diagnose gemacht hat und die Wirkung des Mittels mit dieser in rationellen Zusammenhang zu bringen vermag. Man wird darum allerdings nicht plump und hastig mit diesen starken Mitteln im Anfang einer Erkrankung einwirken, man wird aber auch ihre Anwendung nicht zu lange verzögern dürfen und darf wegen der Zweifelhaftigkeit eines Falls noch nicht auf sie verzichten.

Resorbirende Mittel scheinen bei Rükenmarkskrankheiten von geringem Nuzen zu sein, wenigstens finden sie nur ausnahmsweise eine Anwendung und wo sie diese finden, geschieht es meist in Form von Bädern, wobei die günstige Wirkung vielleicht auf Rechnung anderer Verhältnisse zu bringen ist.

Direct und specifisch das Rükenmark afficirende Mittel. Eine isolirte und specifische und zwar eine eminent reizende Wirkung auf das Rükenmark hat das Strychnin und wahrscheinlich auch das übrigens selten angewandte Brucin. Man hat daher von dem Strychnin vornehmlich in Lähmungsformen eine häufige Anwendung gemacht, und wenn es auch einzelne Fälle gibt, bei welchen eine günstige Wirkung davon bemerkt werden konnte, so muss doch im Allgemeinen vor dem banalen Gebrauche desselben sehr gewarnt werden; denn die Lähmung hängt sehr häufig von Verhältnissen ab, auf welche das Strychnin eher ungünstig als günstig wirkt, und nur in solchen Fällen, wo nach erloschenem Krankheitsprocesse die Lähmung zurükgeblieben ist, kann ein vorsichtiger Gebrauch dieses Mittels gestattet sein. — Weit unzuverlässiger ist die Wirkung des Veratrin und des Secale cornutum auf das Rükenmark und es wird von denselben ungleich seltener Anwendung in dessen Krankheiten gemacht.

Die peripherisch irritirenden Mittel sind bei Rükenmarkskranken von sehr ausgebreiteter Anwendung, aber nicht ohne Gefahr. Es sind vornehmlich kalte Uebergiessungen, warme und heisse Bäder, Dampfdouchen. Bäder mit reizenden Ingredienzen: Kohlensäure, Eisen, reichliche Salze, Schwefel, Fichtennadeln, warme Sandbäder, Thierbäder, Dunst- und Gasbäder, namentlich mit kohlensaurem Gas, ferner Einreibungen mit allen Arten irritirender Substanzen, die Electricität. Im Allgemeinen dürfte es nicht zu viel gesagt sein, dass von diesen Mitteln ein viel zu allgemeiner und viel zu frühzeitiger Gebrauch gemacht wird und dass dadurch häufig Fälle erst unheilbar werden, die durch die beruhigende Methode noch geheilt werden können. Dagegen ist die hohe Wirksamkeit solcher peripherischer Reize in den Fällen, wo der Kranke sie erträgt, nicht zu leugnen, und sie sind unter allen Umständen dem Gebrauch der inneren irritirenden Mittel vorzuziehen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass nicht mit den stärkeren reizenden Mitteln begonnen wird, sondern nur eine allmälige Steigerung stattfindet, und dass man bei Combination mehrerer Einwirkungen am besten eine beruhigende mit einer reizenden verbindet, z. B. sehr reines Wasser eher in höherer Temperatur anwenden darf, als solches, welches auch nur mässige Quantitäten von Salzen enthält, die Salz-, Schwefel-, Eisen- und Kohlensäure-haltigen Wasser dagegen besser in einer niedrigen Temperatur in Gebrauch bringt. In sehr torpiden Fällen allerdings ist auch in einer Verbindung verschiedener kräftiger peripherischer Reizmittel kein Nachtheil und es ist nicht zu bestreiten, dass manchmal durch solche kräftige Erregungen verzweifelt erscheinende Fälle gebessert und sogar geheilt werden.

Die stärkenden Curen treten hauptsächlich da ein, wo von Anfang an oder im Verlauf der Krankheit allgemeine Schwächlichkeit, dürftige Ernährung und schlechte Blutbildung sich hergestellt haben. Sie unterscheiden sich in Nichts von den restaurirenden Curen, welche auch bei andern Krankheiten in Anwendung kommen.

SPECIELLE BETRACHTUNG.

I. ERKRANKUNGEN DES RÜKENMARKS UND DER DASSELBE ZUNÆCHST UMGEBENDEN WEICHTHEILE.

Wenn schon im Allgemeinen mit Gewissheit angenommen werden muss, dass in vielen Fällen von Erkrankungen des Rükenmarks, selbst bei der genauesten anatomischen Untersuchung, soweit sie unsern jezigen Mitteln zugängig ist, keine irgend erhebliche oder mit den Symptomen proportionale anatomische Veränderung aufgefunden werden kann, mit andern Worten, dass es functionelle Erkrankungen des Rükenmarks gibt, so ist andererseits bei der verhältnissmässigen Seltenheit der Sectionen von Rükenmarkskranken und bei dem Mangel an directen entscheidenden Symptomen im Einzelfalle die Frage sehr häufig unbeantwortbar, ob der Phänomenencomplex von geweblichen Veränderungen abhänge oder auf functionellen Störungen beruhe. Und da die Fälle, bei welchen dieser Zweifel nicht gelöst werden kann, darum um nichts weniger der ärztlichen Beachtung werth und bedürftig sind, so ist es unumgänglich, die vom Rükenmark abhängigen Erkrankungen von zwei Gesichtspunkten aufzufassen:

1) von dem symptomatischen,
2) von dem anatomischen.

Dabei kann nach der Lage der Sache die erstere Betrachtungsweise nicht etwa bloss solche Erkrankungen umfassen, welche nach dem Stande des Wissens als nur functionelle anzusehen sind, sondern sie muss sich auf alle diejenigen Fälle ausdehnen, in welchen die anatomische Diagnose überhaupt nicht mit Sicherheit oder nicht einmal mit annähernder Sicherheit gestellt werden kann.

I. SYMPTOMENCOMPLEXE OHNE SICHER NACHWEISBARE ANATOMISCHE VERÄNDERUNGEN.

A. IRRITATIVE FORMEN.

1. Spinalirritation mit überwiegenden sensitiven Erscheinungen (Spinalirritation im gewöhnlichen Sinne).

I. Geschichte.

Auf das Phänomen der Empfindlichkeit einzelner Wirbel gegen Druk ist man zwar auch früher hin und wieder aufmerksam gewesen, allein man hat demselben keine grosse Wichtigkeit beigelegt und hat es namentlich nicht zum Ausgangspunkt für die Diagnose einer speciellen Krankheit gemacht. 1823 machte Stiebel (kleine

Beiträge zur Heilwissenschaft und in Rust's Magazin XVI.) auf die Schmerzhaftigkeit der Rükenwirbel in verschiedenen Krankheitszuständen aufmerksam und stellte eine eigenthümliche Form der Neuralgie, die Neuralgia rhachitica auf. Brown (Glasgow medic. journal. Mai 1828) gebrauchte zuerst den Namen „Spinalirritation". Gleichzeitig mit ihm schenkte Hinterberger (Salzburger Zeitung III. 1828 und Abhandlung über die Entzündung des Rükenmarks etc. 1831) dem Phänomen der Rükenmarksempfindlichkeit vornehmlich bei Wöchnerinnen Aufmerksamkeit und betrachtete dasselbe nicht etwa bloss als Nebenerscheinung in einem zahlreichen Symptomencomplexe, sondern sah es als einen Beweis an, dass das Wesen gewisser von ihm beobachteter Krankheiten (Kindbettfieber, Ruhr, Cholera etc.) im Rükenmark seinen Siz habe und eine Rükenmarksentzündung sei. Zunächst wurden nun vornehmlich von Engländern, namentlich von Pridgin Teale (a treatise on neuralgic diseases 1829), Tate (a treatise on hysteria 1830), Parrish (Remarks on spinal irritation aus American Journal of medical sciences mitgeth. in Arch. génér. B. I. 388), besonders aber von den Brüdern Griffin (Observat. on functional affections of the Spinal Cord and ganglionic System of nerves etc. 1834), John Marshall (Practical observations on diseases of the heart, lungs etc., occasioned by spinal irritation 1835) Beobachtungen von Krankheiten beigebracht, welche als Spinalirritation gedeutet wurden. Gleichzeitig damit erschien eine Abhandlung von Enz (Rust's Magazin XLI. 195 und XLIV. 43 und 204), in welcher die Ausdehnung der Spinalirritation auf den Gipfel getrieben wurde und alle Arten von Krankheitsformen, sobald bei ihnen Empfindlichkeit einer grössern oder kleinern Stelle der Rükenwirbelsäule sich fand, als Larven einer Rükenmarksaffection ausgegeben wurden. In der That musste durch die Ausdehnung, welche in den angeführten Arbeiten der Spinalirritation zu geben versucht wurde, diese Theorie eher als eine Grille, denn als eine beachtungswerthe Idee erscheinen. Beim grossen ärztlichen Publikum blieb sie ohne Anklang und bei den an den Fortschritten der Wissenschaft sich betheiligenden Aerzten prävalirte in der damaligen Zeit zu sehr die ausschliesslich anatomische Richtung, als dass jene nicht auf Sectionen sich stüzende Hypothese von ihnen der Berüksichtigung hätte werth gefunden werden können. Auch der Versuch von Krämers, das Wechselfieber zur Spinalirritation zu rechnen (Beobachtungen und Untersuchungen über das Wechselfieber 1837) fand zunächst keine Aufmerksamkeit.

Dieses Verhältniss der allgemeinen Geringschäzung änderte sich in Kurzem. Durch Bell und noch mehr durch Joh. Müller war zunächst den physiologischen und alsbald auch den ärztlichen Bedürfnissen ein neues Object und eine neue Richtung gegeben worden. Die Geseze des Nervensystems, die Erscheinungen der Sensibilität und der motorischen Functionirung von den frühern Sensibilitäts- und Irritabilitätsdisputen her in Misscredit gekommen und gerade von den unbefangensten Beobachtern mit einer gewissen Aengstlichkeit gemieden, wurden mit einem Male Gegenstand der Tagesfrage, und es war ein ebenso glüklicher, als der umgeänderten Stimmung gemässer Griff von Stilling, die Doctrin der Spinalirritation, umgeben mit all den Discussionen, wie sie dem Stande der damaligen Physiologie angemessen waren, und durchgeführt mit unverkennbarem Scharfsinn und gewandter Benüzung des pathologischen und physiologischen Materials vor das Publikum zu bringen (Physiolog., patholog. und medicinisch pract. Untersuchungen über die Spinalirritation 1840). Nicht wenig wirkten auch zu dem Erfolg die gleichzeitigen, wenn auch in anderer Weise behandelten und in zahlreichen Resultaten abweichenden, aber in demselben Sinne gehaltenen Untersuchungen Henle's über Nervensympathieen und Fieber (Pathologische Untersuchungen 1840). Mit einem Schlage war das Rükenmark der Gegenstand allseitiger Speculation geworden, und wenn auf der einen Seite mehr in physiologischem Sinne die Betheiligung dieses Organs an den verschiedenen Erkrankungen erörtert wurde, so entsprach es weit mehr der Forderung der Menge an die neue Idee, dass von der andern Seite her die Spinalirration als eine förmlich abgegrenzte Krankheitsspecies nosologisch registrirt, beschrieben, diagnosticirt und mit einer Liste von Mitteln umgeben wurde. Wirklich verdient kaum eine andere Erkrankungsform so sehr wie die Spinalirritation in doppeltem Sinne die wiederholt ihr beigelegte Benennung einer Modekrankheit, und die Diagnose einer Spinalirritation war um so genehmer, als sie an ein einzelnes für pathognomonisch gehaltenes Symptom gebunden und keinem Dementi durch die Section ausgesezt war. Denn alle sonstigen Veränderungen, die der Körper darbot, konnte man für untergeordnet und fast für gleichgiltig erklärt hören, sobald die Wirbelsäule eine empfindliche Stelle darbot. Unter den zahlreichen Publicationen, welche zunächst folgten, zeichnet sich vornehmlich die von Hirsch durch Gründlichkeit und Nüchternheit aus (Beiträge zur Erkenntniss und Heilung der Spinalneurosen 1843). Als ausführliche Arbeiten im Sinne der Specifität der Krankheit sind vornehmlich zu nennen das

ungeheuerliche Buch von Loweg (Der Centralrheumatismus nach kyklodynamischen Grundsätzen 1841), Türck (Abhandl. über Spinalirrit. nach eigenen Beobacht. 1843), Canstatt (in seinem Handbuch der medicin. Klinik III. 236) etc. etc. Allerdings wurde von mehreren Seiten her gegen diese irrationelle Ausbeutung eines Krankheitssymptoms protestirt und sicher betheiligte sich die Mehrzahl der denkenden Aerzte nicht an dem mit der Spinalirritation getriebenen Unfug. Am entschiedensten aber hat dieser Missbilligung A. Mayer in seiner schönen Schrift (Ueber die Unzulässigkeit der Spinalirritation als besondere Krankheit nebst Beiträgen zur Semiotik und Therapie des Rükenschmerzes 1849) Ausdruk verliehen, wogegen nur zu bemerken ist, dass überhaupt die Frage, ob gewisse Phänomene eine „besondere“ Krankheit seien oder nicht, von einem schiefen und präjudiciellen Gesichtspunkte zeugt. Die Verhältnisse des gereizten oder übermässig reizbaren Rükenmarks zu untersuchen und in einem entsprechenden Einzelfalle eine Reizung oder Reizbarkeit des Rükenmarks, sei es als isolirte Erscheinung, sei es in jeder beliebigen Complication, zu erkennen, ist eine durchaus gerechtfertigte nothwendige Aufgabe, ebenso gerechtfertigt als das Unternehmen, eine lufthaltige und eine infiltrirte Lunge zu unterscheiden, und wenn man die leztere Pneumonie nennt und diesen Ausdruk für mehr als eine rasche und kurze Bezeichnung complicirter Verhältnisse ansieht, so treibt man nicht weniger Ontologie, als wenn man die von der Reizung des Rükenmarks abhängigen Zufälle unter dem Namen Spinalirritation zusammenfasst. Der Missbrauch des lezteren Ausdruks ist am wenigsten darin zu suchen, dass damit eine Reihe von Erscheinungen, die vom Rükenmark abhängen, kurz zusammengefasst wurde, was um so weniger zu missbilligen ist, als es überall in der Medicin zu geschehen pflegt und für das rasche Verständniss unumgänglich ist, auch die ontologische Auffassung zwar begünstigt, aber nicht nothwendig involvirt; sondern der Missbrauch liegt darin, dass man bei dem Vorhandensein einzelner für pathognomonisch gehaltener Symptome sich berechtigt glaubte, von allen übrigen krankhaften Verhältnissen des Individuums Umgang zu nehmen und Erkrankungen einzig und allein als Spinalirritation zu bezeichnen, bei welchen diese vielleicht wohl bestand, daneben aber noch viel Anderes und oft noch viel Wichtigeres.

II. Aetiologie.

Die Reizung des Rükenmarks ist einer der häufigsten Zustände, welcher die mannigfaltigsten und beliebige Krankheitsformen begleitet, wie bei der Vereinigung so vieler Nerven im Rükenmark nicht anders erwartet werden kann. Vornehmlich betheiligt sich das Rükenmark in der Form der Irritation bei den meisten functionellen Constitutionsstörungen, mögen sie für sich bestehen oder mit anatomischen Localaffectionen verbunden sein. Die Spinalirritation bildet eins der wesentlichsten Elemente des sogen. Fiebers, der allgemeinen Gereiztheit, der hysterischen Alteration. — Aber abgesehen von solchen Fällen, wo spinale Reizung neben einem irritirten Zustande fast aller Theile des Körpers vorhanden ist, tritt dieselbe auch sehr häufig in einer hervorstechenden Weise aus einem mehr oder weniger zahlreichen Complexe von Erscheinungen und Vorgängen hervor, erlangt über alle das Uebergewicht, stellt die auffallendsten und lästigsten unter den Symptomen dar, oder kann selbst von Anfang an isolirt bestehen oder aus einem complicirteren Zustande für sich allein zurükbleiben.

Alle Arten von Individuen sind diesem Zustande unterworfen, aber er kommt in häufigerer, heftigerer und vielgestalteterer Weise beim weiblichen Geschlechte, als bei Männern vor. Er findet sich in überwiegend grösserer Häufigkeit von der Pubertätsentwiklung ab bis zu den climacterischen Jahren, vornehmlich des Weibes. Er wurzelt offenbar in vielen Fällen in hereditären Verhältnissen und in anerzogenen Dispositionen. Er hängt sehr gewöhnlich mit der nervösen Constitution zusammen und begleitet alle Arten von Rükenmarkskrankheiten, sowie sehr viele Gehirnkrankheiten.

Veranlassende Ursachen zu einer die gewöhnliche Betheiligung des Rükenmarks an sonstigen Erkrankungen übersteigenden Reizung des Organs oder zur isolirten Entwiklung seiner Irritation sind in manchen Fällen Verlezungen und Erschütterungen des Rükgrats, Erschöpfung durch heftige Schmerzen, motorische oder sexuelle Anstrengungen, die Schwangerschaft, das Wochenbett, zu lange fortgeseztes Säugen, chronische Intoxicationen, besonders durch Alçool und manche Metalle (Queksilber, Blei). Die verschiedensten Erkrankungen können in Einzelfällen den Ausbruch der Spinalirritation bedingen, ohne dass sich immer sagen liesse, warum diess bei derselben Primärerkrankung das eine Mal geschieht, das andere Mal ausbleibt. In vielen Fällen tritt die Spinalirritation erst recht deutlich in der Reconvalescenz hervor und alle Convalescenten von schweren Krankheiten pflegen mit einem mehr oder weniger beträchtlichen Grade von Rükenmarksreizung behaftet zu sein. Heftigere oder andauerndere Zufälle von Spinalirritation hinterlassen stets eine Geneigtheit zu ihrer Wiederkehr.

III. Pathologie.

Die Annahme einer Spinalirritation kann nur durch das Vorhandensein functioneller Abweichungen gerechtfertigt werden, welche anzeigen, dass die Functionsäusserungen des Marks zu leicht angeregt werden, zu vielfach sich compliciren, im Verhältniss zu den Anregungen zu excessiv sind und dabei meist zu wenig Nachhaltigkeit zeigen. Das Auftreten spontaner Functionsäusserungen kann entweder ein wirklich spontanes und durch den gereizten Zustand selbst bedingtes sein, oder es kann auch dadurch der Schein spontaner Functionsäusserungen entstehen, dass die sie anregenden Einflüsse, weil sie zu geringfügig sind, der Beobachtung sich entziehen. Als Spinalirritation im gewöhnlichen Sprachgebrauch bezeichnet man überdem vornehmlich solche Fälle, bei welchen die sensitiven Erscheinungen vorwiegend sind, während die Krampfformen, soweit sie nicht als intercurrente Zufälle auftreten, gewöhnlich davon ausgeschlossen und mit andern Ausdrüken belegt werden.

Der Eintritt der Symptome der Rükenmarksreizung geschieht selten plözlich in vollem Ausbruche, sondern meist in allmäliger Steigerung und Ausbreitung. Sie können beschränkt oder gleichzeitig in grosser Anzahl vorhanden sein, sie müssen aber bei der grossen Menge der im Rükenmark vereinigten Nerven eine bedeutende Mannigfaltigkeit der Aeusserungen zeigen können, so dass die Fälle von Rükenmarksreizung häufig eine sehr geringe oder gar keine Aehnlichkeit unter einander haben. Selbst in einem und demselben Falle kann ein höchst bunter und scheinbar zusammenhangloser Wechsel der Symptome sich zeigen.

In der ersten Zeit sind die von Rükenmarksreizung abhängigen Zufälle in den meisten Fällen ziemlich unbestimmt, vieldeutig und oft in verschiedenen Theilen des Körpers unter einander wechselnd: bald wirkliche Schmerzen, bald unbestimmte widerliche Gefühle und mannigfache, nicht genauer zu analysirende Beschwerden in einem oder in mehreren Theilen zumal oder alternirend; sehr lästige Vulnerabilität und Empfindlichkeit

verschiedener Theile, zahlreiche Mitempfindungen und leichtes Eintreten von Reflexbewegungen. Diese Symptome können zeitweise wieder schweigen, auf eine unmotivirte Weise aufs Neue sich herstellen und man bemerkt in vielen Fällen ein ungewöhnlich rasches Wechseln von ganz guten und sehr schlechten Zuständen.

Bald früher bald später fixiren sich in allen erheblicheren Graden von Spinalirritation die Symptome in etwas auffallenderer oder selbst sehr hervortretender Weise, woneben freilich die unbestimmteren Beschwerden der früheren Periode nicht selten fortbestehen.

Die Erscheinungen in solchen ausgebildeten Fällen können nun in der mannigfaltigsten Combination und sehr oft in Abwechslung unter einander folgende sein:

1) Schmerzen im Rükgrate, durchaus nicht ein pathognomonisches Zeichen, sondern nur eine der vielen Erscheinungen, die aber nicht selten auch bei der Krankheit fehlt.

Diese Schmerzen treten bald spontan auf, bald durch Druk auf einzelne Stellen, selbst schon bei leichter Berührung oder durch die Einwirkung von Kälte oder von Wärme auf eine Stelle. Sie sind bald verbreitet über die ganze Wirbelsäule, bald auf eine oder auf wenige Stellen beschränkt, am häufigsten auf die Spizen der Dorsalfortsäze der obern Halswirbel, der obern und des 6ten bis 8ten Brustwirbels, doch oft auch auf andere Wirbel; nicht selten liegt die schmerzhafte Stelle seitlich in den Weichtheilen des Rükens. Sie sind an jenen Stellen bald fix, bald wechselnd; sie zeigen alle Grade der Heftigkeit von der leisesten unangenehmen Empfindung bis zu einem die Herrschaft über die willkürlichen Muskel und fast das Bewusstsein aufhebenden Schmerzgrade.

2) Motorische Erscheinungen in den Extremitäten, zuweilen auch in den Rumpfmuskeln, bald convulsivische, bald tonische spontane Contractionen, bald eine ausserordentlich gesteigerte Geneigtheit zu Reflexbewegungen in grösserem oder beschränkterem Gebiete.

3) Zahlreiche Empfindungen in den Gliedern sind oft vorhanden, bald förmliche Neuralgieen, welche aber meist die Stelle wechseln, doch zuweilen auch eine geraume Zeit auf einen einzigen Theil, auf ein Gelenk beschränkt bleiben, noch häufiger nicht eigentlich schmerzhafte Empfindungen, subjective Wärme- und Kältegefühle, mechanische Sensationen an den Extremitäten.

4) Symptomencomplexe, welche sich auf irgend ein specielles Organ des Rumpfes beziehen und in täuschender Weise bei vollkommener anatomischer Integrität ein locales Leiden des Organs simuliren können, und wobei entweder durch den ganzen Verlauf nur ein Organ oder aber mehrere zugleich und im Wechsel unter einander afficirt erscheinen.

Besonders häufig zeigt sich Athembeklemmung mit Husten, mit Seitenstechen, zuweilen zugleich mit Heiserkeit oder Stimmlosigkeit, oder mit dem Gefühle der Constriction im Halse; ferner Herzklopfen mit Stichen in der Herzgegend; Zwerchfellskrämpfe von verschiedener Heftigkeit, seltener tonisch, als in der Art convulsivischer Bewegungen; Magenkrämpfe mit Uebelkeit, mit Neigung zum Erbrechen, mit heftigen Schmerzen; Schmerzen im Unterleib, meteoristische Auftreibung desselben; Abdominalpulsation; zuweilen Schmerzen in der Blase, in den Hoden, überhaupt im Beken; Schmerzen in der weiblichen Brust.

5) Die Ernährung leidet in vielen Fällen, soweit nicht Complicationen bestehen, nicht auffallend, und es ist sogar nicht selten zu bemerken, dass solche Kranke troz sehr beschränkter Nahrungszufuhr nur in geringem

Grade abmagern, während allerdings in andern Fällen die Spinalirritation zu Marasmus führen kann.

Der Verlauf der Krankheit ist, wenn sie nicht bloss durch vorübergehende Ursachen bedingt ist, fast immer in hohem Grade chronisch und dauert, jedoch meist mit Schwankungen, in unbegrenzter Weise fort. Sehr oft heben sich bei demselben Paroxysmen oder wenigstens Exacerbationen der Erkrankung von kürzerer oder längerer Dauer von dem mässigeren Fortgange sehr auffallend ab und werden nicht selten von dem Unkundigen als ebensoviele einzelne besondere Erkrankungen angesehen. — Es scheint, dass diese Reizung des Rükenmarks, wenn auch nicht häufig, so doch zuweilen in andere Krankheitsformen desselben, namentlich in paralytische übergehen könne, wiewohl sich darüber nicht mit Bestimmtheit entscheiden lässt, weil der Nachweis unmöglich ist, ob die Spinalirritation als rein functionelle Störung bestand oder beginnende Gewebsveränderungen begleitete. Ebenso sieht man nicht selten bei Individuen mit Spinalirritation verschiedene Localkrankheiten in andern Organen sich ausbilden, wobei wiederum der Beweis nicht zu führen ist, dass dieselben wirklich als die Folgen der spinalen Reizung anzusehen seien.

In sehr heftigen Fällen von Spinalirritation und besonders nach intensiven und sich oft wiederholenden Paroxysmen stellen sich häufig Symptome vom Gehirn oder von den Kopfsinnesorganen ein, indem zu der spinalen Irritation sich in topischer Verbreitung eine cerebrale Störung (Hypochondrie, Schwermuthsformen, maniacalische Zufälle, Wahnsinn etc.) zu gesellen scheint.

IV. Therapie.

Die ätiologische Cur ist bei der Spinalirritation sowohl in frischen, als auch in veralteten Fällen stets von der grössten Wichtigkeit.

Bei der grossen Mehrzahl solcher Erkrankungen braucht auf die Rükenmarksreizung selbst gar keine weitere specielle Rüksicht genommen zu werden: es genügt, die primäre Störung zu behandeln, in deren Reconvalescenz auch die Reizung des Rükenmarks sich von selbst wieder beruhigt. Auch wo diess nicht der Fall ist, hat man nur bei der umfassendsten Rüksichtnahme nicht bloss auf die ursprünglichen Ursachen, sondern auf alles das, was die Reizung im Rükenmarke unterhalten und steigern kann, Aussicht, den abnormen Zustand zu heben oder doch ihn in erträglichem Grade zu erhalten. Die Hindernisse, welche man bei den meisten Kranken in der Regelung ihrer Lebensweise und im Verzichten auf diese oder jene schädlichen Gewohnheiten findet, bedingen hauptsächlich die Schwierigkeit und Erfolglosigkeit der Cur bei Rükenmarksreizung.

Nur in solchen Fällen, wo die Symptome vom Rükenmark für sich bestehen oder in einer erheblichen und lästigen Weise andere Erkrankungen compliciren, hat gegen die Rükenmarksreizung ein directes Verfahren einzutreten. Die Indicationen dafür sind wenig bestimmt. Im Allgemeinen werden bei beginnender oder gesteigerter Irritation milde Mittel und Blutentziehungen, bei längerer Dauer Gegenreize und bei alten Fällen tonische Mittel angewandt.

In frischen Fällen und bei acuten Exacerbationen chronischer Fälle, vornehmlich wenn heftige Zufälle in einem Rumpfeingeweide ohne anatomische Störung daselbst vom Rükenmarke abhängen, ist zuweilen die Anwendung von Blutegeln und Schröpfköpfen an empfindlichen Stellen des Rükgrats oder von Blasenpflastern ebendaselbst

von einem ganz ausserordentlichen Nuzen und tilgt, suspendirt oder mässigt die vorhandenen, oft sehr beträchtlichen Zufälle in einer wirklich überraschenden Weise. Andere Mal aber sind solche Applicationen auch ohne allen Erfolg und nicht selten selbst von einer Steigerung der Zufälle gefolgt und es ist schlimm, dass man aus den Verhältnissen des Krankheitsfalles meist nicht mit Bestimmtheit voraussagen kann, ob diese Anwendungen Nuzen oder Schaden bringen werden. Entschieden aber ist dagegen zu protestiren, dass die Diagnose einer Spinalirritation in einem gegebenen Falle oder gar das Vorhandensein eines empfindlichen Wirbels sofort die Anwendung von Blutegeln oder Blasenpflastern auf den Rüken gleichsam als einer specifischen Methode involvire.

Von grossem Vortheil ist bei Spinalirritation im Allgemeinen und abgesehen von ihren Paroxysmen der Gebrauch von Bädern, und zwar vornehmlich der mildern, lauwarmen, gehaltlosen oder der Molken-, Malz-, Milchbäder, wohl auch der Schwefel- und alkalischen Bäder, deren Nuzen noch durch den Genuss einer stärkenden Landluft und einer mässigen Bewegung erhöht wird. Zu kräftiger einwirkenden Bädern, wie z. B. zu kalten Bädern, Wellenbädern, Seebädern, Dampfbädern, eisenhaltigen, Sool-, Fichtennadelbädern ist nur mit Vorsicht zu schreiten, da durch dieselben gar oft der Zustand eher verschlimmert, als gebessert wird und leichte, wenn auch lästige Formen von Spinalirritation zu stärkern Paroxysmen sich steigern und die Constitution statt gestärkt zerrüttet wird.

Vortheilhaft sind ferner bei vielen Kranken mechanische Einwirkungen, wie das Reiben des Rükens und der Extremitäten, die Einreibungen von Fett und gelinde gymnastische Uebungen. Nur für die Zeit der Exacerbationen ist ein ruhiges Verhalten nothwendig; sobald die Beschwerden sich etwas ermässigen, ist eine den Verhältnissen angemessene Bewegung unerlässlich. — Die Anwendung innerer Mittel bei der Spinalirritation kann hauptsächlich nur in der Absicht stattfinden, auf Störungen der Constitution und der Ernährung einzuwirken, einzelne hervortretende Symptome zu ermässigen und Complicationen zu beseitigen. In diesem Sinne sind sehr viele Mittel nüzlich gefunden worden, die auf den Zustand des Rükenmarks selbst keine directe Einwirkung haben, aber durch Beseitigung lästiger Beschwerden ein Moment beseitigen, das die Rükenmarksreizung fortwährend unterhält und steigert.

Immer ist aber die Behandlung der Spinalirritation, soweit leztere nicht nur ein kurzdauernder Zustand ist, eine viele Zeit und alle Geduld in Anspruch nehmende: die Zufälle kehren troz aller Sorgfalt oft wieder und neue Symptomengruppen treten ein, wenn man die zuvor bestandenen besänftigt hatte, und auch in den Fällen, wo alle Erscheinungen schwinden, ist es unerlässlich, ein vorsichtiges Regime noch geraume Zeit hindurch fortzusezen und bei demselben vornehmlich auf Kräftigung des ganzen Körpers und Abhaltung unangemessener Reizungen hinzuwirken.

2. Ueberwiegend motorische Spinalirritationen.

Die motorischen Spinalirritationen geben sich theils kund durch eine mehr oder weniger andauernde, selbst habituelle Geneigtheit zu störenden Mitbewegungen, excedirenden Reflexactionen, oscillatorischem und automatischem Muskelspiel und durch dauernd erhöhten Muskeltonus, theils durch explosive Erscheinungen, Convulsionen und Starrheit, welche als kürzere oder längere Paroxysmen jenen ruhigeren Zustand der Irritation unterbrechen oder auch für sich allein auftreten.

Diese explosiven Erscheinungen unterscheiden sich durch Art und Auftreten so erheblich von dem, was man gewöhnlich Spinalirritation nennt, dass eine abgesonderte Betrachtung derselben nöthig ist, wenn auch im Verlaufe gemeiner Spinalirritation sehr oft derartige Explosionen als paroxystische Anfälle sich herstellen können. In den meisten Fällen lässt sich bei den vom Rükenmark abhängigen und als abgeschlossene Erkrankung und nicht bloss als Theilerscheinung in einem grössern Symptomencomplexe oder im Verlauf einer andern Krankheit auftretenden explosiven Formen entweder eine toxische Ursache (Strychninvergiftung, Ergotismus, Alcoolintoxication) nachweisen, oder hängt die Erkrankung des Rüken-

marks von der Störung eines einzelnen Nerven ab, die sich auf das spinale Mark ausgebreitet hat (traumatischer Tetanus), oder sind anatomische Veränderungen vorhanden, welche wenigstens in einem gewissen Stadium explosive Functionsstörungen des Rükenmarks hervorbringen. Doch kommen zuweilen auch Fälle vor, wo von alle diesem nichts aufgefunden werden kann. Es scheint, dass zuweilen Erkältungen, besonders das Liegen auf kaltem Boden, doch mehr in heissen Climaten als bei uns, solche Krankheitsformen hervorrufen können; aber sie kommen auch vor ohne irgend eine bekannte Ursache, als schnell vorübergehende oder schnell tödtende, höchst acute Krankheiten.

Es ist bemerkenswerth, dass aus der Art der Erscheinungen bei motorischer Spinalirritation meist kein ganz sicherer Schluss auf die Entstehung der Krankheit und auf die geweblichen Störungen gemacht werden kann und dass namentlich der Tetanus ohne anatomische Veränderungen und der von Spinalmeningitis abhängende ganz vollkommen in ihren Symptomen übereinstimmen können. Eher lässt sich aus dem Verlaufe und dem Ausgange der Krankheit ein Rükschluss auf die Ursachen machen, indem die durch Erkältungen und ohne bekannte Ursachen eintretenden heftigen spinalen Spasmen im Durchschnitt einen günstigern und raschern, aber auch in tödtlichen Fällen einen schnell zum Untergang führenden Verlauf nehmen.

a. *Muskelunruhe und Spasmophilie (Krampfsucht).*

Unter dem Namen Krampfsucht hat Hirsch eine Krankheitsform hervorgehoben, wenngleich nicht in ihrer Reinheit und Mannigfaltigkeit beschrieben, welche als eine eigenthümliche vollkommen begründet ist, jedoch in den mannigfachsten Uebergängen in andere Formen sich verliert, so dass sie von verschiedenen Affectionen, namentlich der Hysterie, der Eclampsie, manchen psychischen Störungen, der Chorea etc. nirgends bestimmt zu scheiden ist und sehr oft Mittelformen zwischen diesen darstellt. An sie schliessen sich andererseits Fälle an, welche weniger durch eigentliche Krämpfe, als vielmehr durch eine unwiderstehliche Unruhe der Muskel sich auszeichnen und welche wiederum ihre Anknüpfungspunkte an die Chorea und manche Formen von Geisteskrankheit haben. Diese Muskelunruhe wechselt oft mit der Krampfsucht ab oder tritt während ihrer Remissionen ein. Es erscheint daher gerechtfertigt, beide gemeinschaftlich zu besprechen, um so mehr, als beide Formen als nahestehende Aeusserungen motorischer Spinalirritation angesehen werden müssen.

I. Aetiologie.

Die Muskelunruhe und die Krampfsucht finden sich vorzüglich beim weiblichen Geschlecht, theils bei Solchen, welche den Pubertätsjahren nahe sind, theils aber auch im Beginn der climacterischen Jahre. Es sind meist schwächliche und verzärtelte Mädchen mit einer verirrten Richtung der Sinnlichkeit; und auch unter den ältern Individuen, die daran leiden, sind die unverheiratheten weit überwiegend. Aber auch bei Männern kommt die Krankheit vor, theils bei Individuen von ähnlicher Constitution des Körpers und Geistes, bei nervösen Subjecten, bei Onanisten, theils, wie es scheint, unter dem Einflusse geistiger Getränke und chronischer Metallvergiftung, besonders bei gleichzeitigen psychischen Aufregungen; sie stellt in lezterer Beziehung Formen dar, welche zwar manche Anknüpfungspunkte an das Delirium tremens haben, aber doch sehr wesentlich von dem gewöhnlichen Symptomenbilde desselben sich unterscheiden. Die Anlage zu der Krankheitsform ist in den meisten Fällen bei beiden Geschlechtern lange und durch die ganzen Constitutions- und Lebensverhältnisse vorbereitet; sehr oft gehen auch Symptome sensitiver Spinalirritation geraume Zeit voran; aber es kann geschehen, dass sie auf irgend eine körperliche

oder psychische Veranlassung rasch zu einem hohen Grade der Entwiklung gelangt.

II. Pathologie.

A. Symptome der Muskelunruhe.

Ohne irgend eine wesentliche Störung des Gehirns, mindestens bei ganz freiem Bewusstsein, wenn auch zuweilen neben psychischer Haltungslosigkeit, Launenhaftigkeit und Verstimmung, zeigt sich eine auffallende Unruhe im ganzen Körper, die Anfangs nur durch das beständige Wechseln der Lage, der Stellung, der Haltung der Hände und der Füsse sich kund gibt, bei Steigerung der Affection aber einen solchen Grad erreichen kann, dass der Kranke fast keinen Augenblik dieselbe Lage und Haltung seines Körpers ertragen kann, troz allen Strebens, sich zu überwinden, bald rechts, bald links sich werfen muss, bald nach der Quere des Betts sich legt, bald die Beine anzieht, bald auf den Bauch sich strekt, sich beugt und krümmt und wieder der Länge nach sich ausdehnt, fast alle Augenblike dazwischen das Bett verlässt, um sogleich wieder dahin zurükzukehren. Alle gewollten Bewegungen sind heftig, das Maass überschreitend, ungeschikt ausgeführt und mit unwillkürlichen Gesticulationen und Grimassen begleitet. Es kann dieses Treiben einen solchen Grad erreichen, dass der Kranke den Eindruk eines Wahnsinnigen macht, aber er ist sich vollständig bewusst dessen, was er thut, er klagt darüber, dass er unwiderstehlich dazu getrieben werde. Dabei ist er meist von grosser Angst gequält, welche aber mehr die Folge seiner Ruhelosigkeit zu sein scheint und mit dieser steigt und fällt. Er sucht sich zu helfen, indem er sich presst und stösst; es gelingt ihm für einige Minuten, die unwillkürlichen Bewegungen zu überwinden, aber sie treten bald aufs Neue ein. Der Schlaf kann dabei ganz gut und lang sein, doch zeigt der Kranke auch in diesem eine auffallende Unruhe und das selbst dann, wenn er nach dem Erwachen glaubt, tief geschlafen zu haben; auch ist der Schlaf nicht erquikend und bald nach dem Erwachen entwikelt sich das Muskelspiel in der vorhergehenden Weise. Meist stellt sich bald auch ein Zittern in den Gliedern ein, kurze, zweklose und wirklich krampfhafte Bewegungen kommen dazwischen und es stellt sich so der Uebergang zur Krampfsucht her. Es kann aber auch geschehen, dass die Aufregung allmälig andere Zufälle herbeiführt, Appetit und Verdauung zerrüttet werden, Fieber sich einstellt und der Kranke irre zu werden anfängt. Solche Zufälle dauern zuweilen nur eine Reihe von Tagen fort, sie können sich aber auch über mehrere Wochen und Monate hinziehen und zu tiefer Erschöpfung und andern schweren Krankheiten des Nervensystems führen, oder sie können als habitueller Zustand ein ganzes Leben hindurch anhalten.

B. Symptome der Krampfsucht.

Bei der Krampfsucht kann eine ähnliche Muskelunruhe bestehen, sie kann aber auch fehlen oder wenig bemerklich sein. Dagegen ist eine habituelle Neigung zu krampfhafter Spannung, wirklichen Krämpfen in den verschiedensten Theilen des Körpers bemerklich. Bald hier, bald dort, bald örtlich, bald allgemein, bald ohne Ursache, bald auf geringfügige

Veranlassungen treten Krämpfe auf, oder hat der Kranke wenigstens das Gefühl der Spannung, des Gezerrtseins, des Zusammengeschnürtseins. Zuweilen dauern Krämpfe oder oscillatorische Bewegungen in einzelnen oder mehreren Theilen fast ununterbrochen fort; zuweilen machen sie kürzere oder längere Pausen, die aber selten rein sind. Bei langer Dauer werden jedoch die Intermissionen vollständiger; aber nur in seltenen Fällen stellt sich ein regelmässiger Rhythmus in den Paroxysmen her, welcher dabei nicht ausschliesst, dass neben den regulär eintretenden Paroxysmen durch gelegentliche Ursachen noch weitere Krampfanfälle herbeigeführt werden. Die Krämpfe können im selben Falle alle Formen und Grade zeigen (clonische und tonische, Zittern und Contractur); sie beschränken sich nicht auf den Rumpf und die Extremitäten, sondern Zwerchfellkrämpfe, Blasenkrämpfe, krampfhaftes Erbrechen können regelmässig oder hin und wieder sich einstellen, und auch Krämpfe in den von Gehirnnerven abhängigen Theilen (Antliz, Bulbi, Zunge, Larynx) mischen sich sehr häufig hinzu, sind aber, wenn sie auch vorübergehend sehr beträchtlich werden, doch offenbar nur accessorisch und untergeordnet. Oft stellt sich in mehreren Theilen, welche wiederholt von den Krämpfen befallen waren, oder doch in einzelnen eine Unfähigkeit zu willkürlicher Bewegung oder auch nur zu einzelnen Aeusserungsarten derselben, z. B. in den untern Extremitäten zum festen Auftreten, in den Händen zum Halten eines kleinen Gegenstandes ein. Diese dauert auch in den Pausen fort und oft reicht dann der Versuch einer willkürlichen Bewegung hin, den Krampf zurükzuführen. Das Gehirn bleibt dabei gewöhnlich vollständig frei und selbst die normale Fortentwiklung seiner Functionen bei Unerwachsenen kann ohne Hinderniss statthaben. Nur in den stärkern Paroxysmen einerseits fallen die Kranken zuweilen in Unmacht oder in Betäubung oder stellen sich wohl auch delirirende Aeusserungen ein; andererseits kann bei längerer Dauer eine hysterische Verstimmung oder eine blödsinnige Abstumpfung sich herstellen. — Zu bemerken ist, dass Individuen dieser Art nicht bloss zur Simulation, sondern auch vorzugsweise zur Uebertreibung ihrer Zufälle geneigt sind, die von ihnen mit einer Art von unwillkürlicher Absichtlichkeit und oft, um einen ihnen selbst nicht klar gewordenen Zwek zu erreichen, theils aufs Neue hervorgerufen, theils gesteigert werden; aber einmal in dieser Weise herbeigeführt sind die Paroxysmen von ihnen nicht mehr zu bemeistern und dauern troz allen Widerstands fort. — Die einzelnen Paroxysmen sind von der verschiedensten Dauer und wenn in dieser Beziehung keine Regel gilt, so gibt es doch viele einzelne Fälle, in welchen im Laufe der Zeit eine gewisse Regularität sich herstellt, welche bald Abhängigkeit von äussern Einflüssen zeigt, bald nicht. — Mässige Fälle von Krampfsucht heilen ziemlich leicht; höhere Grade widerstehen oft lange aller Behandlung, dürfen aber dessenungeachtet nicht an einem endlichen Erfolge verzweifeln lassen. Nur dann, wenn psychische Abstumpfung und vorschreitender Marasmus sich einstellt, ist meist jede Aussicht auf Herstellung verloren.

Es ist unverkennbar, dass die Spasmophilen in mancher Hinsicht die grösste Aehnlichkeit mit den Hysterischen haben; allein es kann doch nicht gebilligt werden, beide Affectionen unter dem Begriff der Hysterie zusammenzuwerfen, da die Krampf-

sucht ohne jede Spur von hysterischer Verstimmung und bei vollkommen freiem Geiste bestehen kann und da überdem bei der Krampfsucht auch die sensitiven Erscheinungen, die den Hysterischen characteristische Neigung zum Weinen und das zeitweise Auftreten von scheinbaren acuten Erkrankungen der Eingeweide vollkommen ausbleiben kann. Spasmophilie und Hysterie sind oft bei einem Individuum vereinigt, aber jede dieser Formen kann für sich vorkommen.

III. Therapie.

Bei der Muskelunruhe und der Krampfsucht ist der wichtigste Theil der Therapie der ätiologische: der Causalindication zu entsprechen ist um so unerlässlicher, wenn fortwährende Ursachen den Zustand unterhalten. Aber die Causalindication genügt nicht für sich allein, wenn die Muskelunruhe und die Krampfsucht schon geraume Zeit fortgedauert haben. In solchen Fällen ist es von grossem Vortheil, wenn die Constitution Verhältnisse darbietet, welche eine erfolgreiche Einwirkung in dieser Hinsicht möglich machen. Ausser diesem ist die Anwendung von beruhigenden Mitteln bis zur Hervorbringung einer Narcose, in hartnäkigen Fällen der Versuch mit tonischen Mitteln und die Anwendung von Gegenreizen auf entfernte Theile des Körpers indicirt.

Der Gebrauch des Eisens, der Gebrauch von Mitteln gegen Metallvergiftungen ist zuweilen von dem entschiedensten Erfolge. Nächst diesem ist die Aufgabe, beruhigend zu wirken, und theils die zahlreichen leichtern Mittel, welche eine solche Wirkung auf das Nervensystem haben (verschiedene Narcotica, Salze, Zink und einige andere Metalle, Valeriana, Sumbul etc.), theils die energischen, namentlich das Morphium in grossen Dosen, können mit Nuzen angewandt werden. Diese Mittel können theils in der Weise wirken, dass sie allmälig einen ruhigern Zustand herbeiführen, in welchem sich das krankhafte Muskelspiel und die Neigung zu Krämpfen nach und nach verliert, theils kann mit grossem Vortheil durch das Morphium ein tiefer Schlaf herbeigeführt werden, nach welchem besonders bei mehrmaliger Wiederholung eine auffallende und rasche Abnahme der Symptome beobachtet wird. Ein Hinderniss für diese Medication ist nur, dass gerade solche Individuen das Morphium oft nicht vertragen. Auch von Chloroforminhalationen kann man wohl eine ähnliche Wirkung erwarten: in einem von mir beobachteten Falle jedoch war der Effect dieser Inhalationen ein entgegengesezter und steigerte die Krämpfe zu einer gefahrdrohenden Höhe. Man wird mit diesen Mitteln am meisten ausrichten und am wenigsten eine schwierige Wahl unter ihnen haben, je frischer unter sonst gleichen Umständen der Fall ist; bei alten Fällen dagegen muss man auf die Hoffnung einer raschen und nachhaltigen Besserung verzichten und hat darum Zeit genug, die dem Individuum vortheilhaftesten Mittel und Anwendungsweisen durch vorsichtige Prüfung zu erfahren. — Bäder mit den verschiedensten Ingredienzen können theils als beruhigende, theils als stärkende Beihilfsmittel angesehen werden oder selbst unter Umständen noch der Causalindication entsprechen. Ihre Wahl richtet sich nach der Causalindication des Einzelfalls und es ist überflüssig, sie weiter zu besprechen. — Applicationen auf die Rükenwirbelsäule, wie Blutegel, Schröpfköpfe, Vesicatore und stärkere Reize sind von zweifelhafterem Nuzen. Vortheilhafter ist der Gebrauch von Gegenreizen auf entfernte Theile des Körpers in Fussbädern mit verschiedenen Ingredienzen, in Senfcataplasmen und anhaltenden warmen Einhüllungen. Dieselben sind vornehmlich in der Zeit, wo die Paroxysmen drohen, in Anwendung zu bringen. — In Fällen von rhythmischer Intermittenz kann das Chinin versucht werden oder muss man trachten, entweder auf irgend eine Weise das Eintreten eines Paroxysmus zu verhindern, oder aber durch die sonstigen Mittel die Anfälle allmälig gelinder zu machen und die Constitution im Ganzen zu stärken.

b. Momentane tetanische Krämpfe.

I. Momentane tetanische Krämpfe treten im Verlaufe beliebiger Krankheiten, sowohl localer Affectionen des Rükenmarks, als auch Erkrankungen anderer Organe ein, theils bei deren Beginn, theils in der weitern Entwik-

lung, theils selbst nach eingetretener Besserung in Folge von neu einwirkenden Schädlichkeiten, theils endlich als Erscheinungen, welche im Verlaufe solcher Krankheiten einem plözlichen Tode vorangehen.

Alle diese Verhältnisse bedürfen hier keiner nähern Betrachtung. Es sind solche Starrkrampfzufälle meist kurz dauernde Paroxysmen, welche weit weniger Bedeutung haben als die Heftigkeit des Phänomens erwarten lässt und welche gewöhnlich, ohne eine Verschlimmerung des vorangehenden Zustandes zu hinterlassen, rasch vorübergehen, obwohl es andererseits zuweilen geschieht, dass unmittelbar in dem Krampfe, nach wenigen Sekunden oder Minuten seiner Dauer der Kranke stirbt, wogegen gewöhnlich alle Hilfe vergeblich ist. Alle Beziehungen dieser im Verlaufe anderer Krankheiten vorkommenden momentanen Starrkrämpfe wiederholen sich überdem bei den im Laufe der Gesundheit eintretenden Zufällen dieser Art.

Der momentane Starrkrampf kann ferner für sich als abgeschlossene Erscheinung auftreten und zwar bemerkt man ihn häufiger bei nervösen Individuen, Weibern und schwächlichen Personen, obwohl die entgegengesezten Verhältnisse ihn nicht ausschliessen. In überfüllten Räumen, wo die Luft übermässig heiss und dabei verdorben ist, treten gleichfalls solche Zufälle nicht selten ein. Das Eindringen von Luft in eine Vene tödtet unter den gleichen Erscheinungen. Schwangere und Wöchnerinnen sind ihm besonders ausgesezt. Auch tritt er nicht selten während der Menstruation ein. In manchen Fällen lässt sich gar keine Ursache desselben ausfindig machen. Häufig wird er durch einen Stoss auf die Verlaufsstelle eines oberflächlichen Nervenstammes hervorgerufen oder tritt er überhaupt unmittelbar nach einer schmerzhaften Verlezung ein. Auch nach Ueberanstrengungen, nach einer heftigen Erkältung, nach einer Gemüthsbewegung wird zuweilen momentaner Starrkrampf beobachtet.

II. Der momentane Starrkrampf ist zuweilen durch eine Unmacht oder durch das Vergehen der Sinne eingeleitet; in anderen Fällen tritt er ohne alle Vorboten ein. Der Paroxysmus besteht in einer plözlichen Contraction aller oder der meisten Muskel des Rumpfes und der Extremitäten mit übermässiger Strekung und oft Verdrehung der Glieder und meist mit Rükwärtsbeugung des Rumpfes. Gewöhnlich ist er vom ersten Moment an mit Verdrehung der Augen, einiger Verzerrung der Gesichtsmuskel, Trismus und Glottiskrampf verbunden; doch treten diese vom Gehirn abhängigen Contractionen häufig erst nach einigen Secunden oder Minuten in untergeordnetem Maasse hinzu oder können auch ganz ausbleiben. Ebenso pflegt meistens, wenn nicht schon eine Unmacht vorausgegangen war, Verlust oder Umdämmerung des Bewusstseins in verschiedenem Grade hinzuzutreten. — Die krampfhafte Starrheit wird meist von einigen heftigen Ruken unterbrochen, auf welche sie wiederkehrt; das Gesicht wird dabei bald bleich, bald roth, bald blau, die Bulbi treten vor und die Haut wird meist kühl, der Puls klein, aber beschleunigt. Ein solcher Paroxysmus dauert zuweilen nur einige Secunden, erstrekt sich selten über mehrere Minuten und löst sich entweder in einen Zustand von Unmacht, aus welchem der Kranke höchst ermattet, ohne deutliche Erinnerung an das, was geschehen war, und oft noch mit einzelnen partiellen Contracturen oder mit Rigidität einzelner Muskel allmälig erwacht, wonach er meist noch Stunden oder selbst Tage lang müde bleibt, ohne jedoch weitere Zufälle zu zeigen. Hin und wieder bleiben kleine Haut- und Schleimhautapoplexieen zurük, auch Kopfschmerz,

unbedeutende einseitige Lähmungen, Erschwerung der Sprache, Schmerzen im Rüken, oder es schliesst sich ein gelinder Zustand fieberhafter Gereiztheit an oder Symptome von sensitiver Spinalirritation. — Es kann aber auch geschehen, dass das Athmen in dem Krampfe nicht mehr zustandekommt, das Herz stillsteht und ein plözlicher Tod den Krampf schliesst. Ein auffallendes Kaltwerden, eine livide Färbung der Lippen und des Gesichts, ein rasches Kleinwerden des Pulses, eine längere Suspension der Respiration sind die Anzeichen dieses lethalen Ausgangs, nach welchem die Muskel sich noch lange ungewöhnlich starr anfühlen. Die Sectionen solcher Individuen geben keine Resultate, welche das Eintreten des Krampfes und der tödtlichen Katastrophe erklären könnten.

III. In den meisten Fällen erholt sich der Kranke früher, als ihm eine erhebliche Hilfe geleistet werden kann, oder ehe wirksame Mittel in Anwendung gebracht werden. Zunächst muss alle Beengung durch Kleidungsstüke, vornehmlich solche, welche dem Athmen hinderlich sind, beseitigt, dagegen Sorge für möglichst gute und frische Luft getragen werden. Sofort hat man Hautreize anzuwenden mit solchen Mitteln, die man am schnellsten zur Hand hat (Reiben, Bürsten und andere mechanische Einwirkungen, Besprengen mit kaltem Wasser u. dergl. mehr). Ist das Individuum im Stande zu schluken, so ist es am Besten, ihm kaltes Wasser zu geben. Hat man flüchtige Reizmittel bei der Hand, so können auch diese angewandt werden. Bei kräftigeren Subjecten kann eine schnell applicirte Venaesection nüzlich sein.

c. *Der Tetanus der Erwachsenen.*

Unter Tetanus begreift man heftige tonische Krämpfe in zahlreichen, wo nicht in allen willkürlichen Muskeln, welche in mehr oder weniger anhaltenden Paroxysmen und in mehr oder weniger raschen Wiederholungen auftreten und wobei das Gehirn entweder ganz frei bleibt oder nur secundär afficirt ist. Es ist bei diesem Symptomenverlauf nicht möglich, während des Lebens über die anatomischen Verhältnisse des Rükenmarks zu entscheiden und mit Bestimmtheit anzugeben, ob, wie in der Mehrzahl der Fälle, alle palpablen Veränderungen des Organs fehlen oder ob mehr oder weniger bedeutende Gewebsveränderungen, Blutüberfüllungen und Exsudationen vorhanden sind.

Die tetanischen Krämpfe sind von der ältesten Zeit her bekannt: schon Hippocrates hat ein eigenes Capitel über sie. Bei den späteren Schriftstellern der älteren Medicin findet man zahlreiche Darstellungen, besonders häufig im vorigen Jahrhundert: namentlich sind hervorzuheben Bilger (de tetano s. convulsione universali 1708), Bilfinger (de tetano 1763), Trnka de Krzowitz (Commentarius de tetano 1777), Stark (de tetano ejusque speciebus 1778), Heurteloup (précis sur le tétanos des adultes 1789), Bilguer (Abh. vom Hundskrampf bei Wunden 1791), Siebold (Observat. circa tetanum ejusque species praecipuas 1793), Laurent (Mém. clin. sur le tétanus chez les blessés 1789), Stütz (Abhandl. über den Wundstarrkrampf 1804). Später wurde wenig Wichtiges über die Krankheit veröffentlicht, die vielleicht auch seltener geworden ist; doch sind die Mittheilungen von Larrey (Mém. de la chirurgie milit. I, 235 und III, 286), von Fournier de Bescay (im Dictionn. des scienc. médic.), von Swan (An essay on tetanus 1825), von Friedrich (de tetano traumat. 1837, auch in Casper's Wochenschrift 1838 Nr. 29 und 30), besonders aber die von Curling (a treatise on tetanus, deutsch von Moser 1838) und von Mac Gregor (Medico-chirurg. transact. VI. 381) hervorzuheben.

I. Aetiologie.

Der Tetanus kann unter verschiedenen ursächlichen Verhältnissen ein-

treten, wodurch eine nicht unbedeutende Differenz in dem Verlaufe und in der Wahrscheinlichkeit des Ausgangs bedingt wird; doch ist dabei wohl zu bemerken, dass in vielen Fällen mehrere Ursachen, deren jede die Krankheit für sich hervorzurufen im Stande wäre, zusammenwirken und dass gar nicht selten auch noch andere Verhältnisse in Mitwirkung kommen, welche an sich einen Tetanus nicht hervorrufen können, wohl aber unter den angegebenen Umständen seinen Ausbruch begünstigen.

Der Tetanus ist entschieden in warmen und heissen Ländern ungleich häufiger als in gemässigten und kalten, dabei aber in jenen, wenn auch immer eine höchst gefährliche Krankheit, doch nicht so sicher tödtlich als in lezteren. Er scheint in den gleichen Localitäten in grösseren Zeitabschnitten bald häufiger, bald seltener vorzukommen.

Jüngere Individuen zwischen 15 und 30 Jahren, Subjecte mit reizbarem Nervensystem, aber kräftigem Körperbau sind dem Tetanus überwiegend unterworfen. Habituelle Säufer, Individuen, welche psychisch aufgeregt sind, Furcht vor der Krankheit haben, zeigen eine erhöhte Disposition.

Die gewöhnlichste Ursache des Tetanus in unseren Climaten sind Verlezungen (Tetanus traumaticus), besonders Wunden von Nerven, Unterbindung von Nervenstämmen, Drukwunden überhaupt, Quetschwunden, Risswunden, Splitterfracturen.

Als besonders gefährlich gelten Verleznngen an den Fingern, am Daumen, auch Wuuden im Antliz, und zwar sind gerade oft sehr unbedeutende Verlezungen eher vom Tetanus gefolgt, als Wunden mit beträchtlicherem Substanzverluste. Wunden, in welchen fremde Körper stecken bleiben, geben gleichfalls eher zum Tetanus Veranlassung. Zuweilen tritt die Krankheit unmittelbar nach der Verlezung, in den meisten Fällen aber erst in der Zeit der beginnenden Vernarbung ein, seltener wenn diese vollendet ist. Auch nach dem Einsezen von Zähnen soll zuweilen Tetanus eingetreten sein. In den meisten Fällen scheint es, dass zur Entstehung des traumatischen Tetanus ausser der Verlezung noch irgend eine andere Schädlichkeit mitwirkt, namentlich Erkältungen, Diätfehler, psychische Aufregung.

Erkältungen, besonders intenser Art (Schlafen auf kalter Erde in kalter Nacht bei erhiztem Körper, starke Durchnässungen) bringen in heissen Climaten häufig, bei uns nur selten für sich allein den Tetanus hervor; aber auch bei uns sind Erkältungen ohne allen Zweifel das vorzüglich begünstigende Moment zur Entstehung des Tetanus nach Verlezungen. Körperliche Ueberanstrengung, forcirte Märsche steigern bei Verlezten die Gefahr der Entstehung des Tetanus; zweifelhafter ist es, dass durch dieses Moment allein die Krankheit zustandekomme.

Diätfehler müssen als Beförderungsmittel der Krankheit angesehen werden, ohne dass sie für sich allein dieselbe hervorrufen könnten.

Die Vergiftung mit Strychnin, mit Brucin und wohl auch mit einigen anderen Giften, auch die Einwirkung der Malaria kann Tetanus bedingen. Seltener werden tetanische Zufälle durch das typhöse, häufiger durch das scarlatinöse Contagium hervorgerufen, sind aber in lezteren Fällen, wenn nicht schnell tödtlich, meist nur von kurzer Dauer. Zweifelhafter ist es, ob eine verdorbene Atmosphäre überhaupt von Einfluss auf die Entstehung des Tetanus sei.

Endlich kommt der tetanische Symptomenverlauf zuweilen vollkommen spontan, wenigstens ohne bekannte äussere Einwirkung zur Beobachtung,

in welchen Fällen mit Wahrscheinlichkeit, aber durchaus nicht mit Gewissheit erwartet werden kann, dass die Erscheinungen von einer spinalen Meningitis abhängig sind.

II. Pathologie.

Der Beginn der Symptome findet zuweilen unmittelbar oder doch sehr bald nach der wirksamen Ursache statt, vornehmlich da, wo Erkältungen und Vergiftungen die Krankheit hervorriefen. Bei dem Tetanus traumaticus fällt der Anfang der Symptome meist in die zweite, selbst in die dritte Woche nach der Verlezung.

Die Krankheit fängt zuweilen alsbald mit verbreiteten Krämpfen an; in den meisten Fällen aber zeigen sich erst nur einzelne, noch zweifelhafte und nur Verdacht erregende Erscheinungen: eine Steifigkeit im Naken, Erschwerung des Schlingens und Sprechens, eine Schwerbeweglichkeit der Kinnlade, ziehende Schmerzen in den Extremitäten und im Rüken, Reizung zum Gähnen und ein ängstigendes Gefühl in der Herzgrube. Geht die Erkrankung von einer Verlezung aus, so wird die Wunde nicht selten livid, die Granulationen erblassen und der Eiter wird dünn, oder zeigt sie auch in erhöhtem Grade Schmerzhaftigkeit. Bald wird eine auffallende nervöse Gereiztheit und Aufgeregtheit bemerkbar, die spannenden und ziehenden Empfindungen breiten sich aus, die Nacht ist schlaflos, der Kranke hat ein mattes und krankes Aussehen, einen auffallend starren und oft schiefen Blik, eine belegte Stimme, Frösteln und Schaudern. Noch sind diese Symptome für die Diagnose nicht entscheidend und selbst die auffallende Rigidität, die sich bereits in einigen Muskeln zeigt, und die Unfähigkeit des Kranken, momentan die Muskel an der Zunge, an den Extremitäten wieder erschlaffen zu machen, ist noch kein sicherer Beweis für die begonnene Affection, obwohl unter diesen Umständen, vornehmlich nach einer stattgehabten Verlezung, die Wahrscheinlichkeit ihres Ausbruchs sehr gross wird. Aber schon nach kurzer Zeit, nach zwei- bis dreitägiger Dauer der unbestimmten Vorboten, kommt auf einmal eine heftige, von Starrheit gefolgte Zukung. Wiederum löst sich die Erstarrung der Muskel und ss können Stunden und selbst ein Tag vorübergehen, ohne dass ein neues Symptom sich zeigt. Aber in Kurzem werden nun die krampfhaften Contractionen, die bald ziemlich lange anhaltend und mässig, bald in kürzeren Paroxysmen auftretend und äusserst heftig und schmerzhaft sind, immer unverkennbarer, zahlreicher und sich in rascherer Folge wiederholend. Die Krämpfe sind überwiegend tonische, wiewohl einzelne Zukungen und Convulsionen, besonders aber kurze Erschütterungen, wie durch electrische Schläge, die tetanische Starrheit oft einleiten, sie unterbrechen oder auch schliessen. Alle Muskel können befallen sein, doch sind es einzelne in überwiegender Weise, besonders die Extensoren der Extremitäten, die Rükenmuskel, die Kaumuskel. Die in höherem Maasse afficirten Muskel findet man nicht nur hart, sondern auch angeschwollen und die Muskelbäuche auffallend vortretend. Oft liegt der Leib und die Extremitäten bolzgerade gestrekt (Orthotonus) und keine Gewalt ist im Stande, eine Beugung oder Drehung nach irgend einer Seite auszu-

führen. Oft sind die Extremitäten in Hyperextension, der Naken und der Rumpf nach hinten gekrümmt (Opisthotonus), meist die Kinnladen aneinandergepresst (Trismus), der Mund auseinandergezogen oder krampfhaft zugespizt, die Augen starr, vorgetrieben und schielend, oder auch das Gesicht scheusslich entstellt. Seltener ist der Rumpf nach vorn gebeugt (Emprosthotonus) oder seitlich gedreht (Pleurosthotonus), die Bauchdeken fühlen sich meist bretthart an, ohne erheblich eingezogen zu sein; häufig wird der Penis steif und der Samen ausgedrükt, oft die Fäces entleert; das Athmen ist nicht selten gehemmt und die Gesichtsfarbe wird dadurch livid. Bei alle dem ist der Kranke bei vollem Bewusstsein und fühlt die Starrheit seiner Muskel in der schmerzhaftesten Weise. Er vermag nicht zu reden, sondern stösst nur unarticulirte Töne aus, er vermag nicht zu schlingen, er vermag nicht die geringste Aenderung seiner Lage sich zu geben. Nicht nur von Schmerzen, sondern auch von Angst und Athemnoth wird er gepeinigt. Es kann wohl geschehen, dass aus dieser Qual Delirien sich entwikeln, doch sind diese gewöhnlich nur fragmentär. Der Puls ist meist dabei hart und wenig beschleunigt, die Haut eher kalt als warm. In seiner ganzen Heftigkeit dauert ein Paroxysmus meist nur kurze Zeit, wenige Minuten, selten eine ganze Stunde; aber es schliessen sich oft unvollkommenere Starrkrämpfe an und in dieser Weise kann ohne irgend eine Pause mit schwankender Heftigkeit die Krankheit bis zum Tode dauern. In den meisten Fällen jedoch folgt wenigstens im Anfang auf einen Paroxysmus noch Ruhe und fast vollständige Erschlaffung, der Kranke fühlt sich besser, aber meist äusserst matt. Zuweilen bleiben jedoch auch in diesem Zustand der Ruhe einzelne Muskel noch in mässiger Contraction: man findet das Auge etwas schielend, beim Versuch, den Mund zu bewegen, zu kauen und zu schlingen, unbehilfliche Bewegungen und in den Gliedern ein leichtes Zittern und Zuken. Anfangs sind die ruhigen Zwischenräume noch ziemlich lang, aber neue und immer heftigere Anfälle kommen, welche besonders häufig durch irgend einen äusseren Eindruk, namentlich durch leichte Berührung der Haut, Luftzug und dergleichen oder durch psychische Einflüsse determinirt werden, und nun werden die Intervalle nicht nur kürzer, sondern auch unvollkommener, der Kranke fühlt sich in ihnen äusserst erschöpft, verfällt in einen Halbschlummer, in Unmachten und oft in Delirien. Jezt wird allmälig der Puls auch frequent, die Zunge troken, Krämpfe bald von heftiger Art mit fürchterlichen Verzerrungen und Verkrümmungen und den peinlichsten Schmerzen, bald leichterer und unkräftigerer Art wechseln mit Sopor ab, und der Kranke stirbt entweder während eines heftigen Krampfes oder in einer Unmacht und in plözlichem Collapsus oder im Coma. Auch können Glottiskrämpfe, Lungenödeme, vielleicht zuweilen Blutextravasate im Gehirn den Tod herbeiführen. Er kann schon am ersten Tage erfolgen, findet am häufigsten am zweiten Tage, ziemlich oft am dritten und vierten, zuweilen erst gegen das Ende der zweiten oder in der dritten Woche statt. Selten sind die Fälle einer mehrwöchentlichen Dauer mit tödtlichem Ausgang und in heissen Ländern pflegt der Tod im Allgemeinen noch frühzeitiger einzutreten.

In den seltenen Fällen, welche mit Genesung enden, geschieht diess beim Tetanus traumaticus fast nur, wenn die Affection nicht ihre vollkommene Entwiklung erreicht, frühzeitig die Paroxysmen an Heftigkeit abnehmen und nach grösseren Pausen eintreten. Ein reichlicher und warmer Schweiss geht der Besserung zuweilen voran, doch ist derselbe sehr oft auch der Vorläufer des Todes und lässt daher für sich allein keinen weitern Schluss zu. Bei den durch Erkältung und andern nicht durch traumatische Ursachen entstehenden Tetanusfällen ist die Genesung im Allgemeinen eher zu erwarten, sezt jedoch ähnliche günstige Verhältnisse voraus, wie die Genesung vom traumatischen Tetanus, nur dass dieselben in jenen Fällen häufiger realisirt sind.

Nach Friedrich fielen unter 128 Todesfällen 83 auf die ersten vier Tage; nach Curling endeten unter 53 Fällen von traumatischem Tetanus 11 am 1sten, 15 am 2ten, 8 am 3ten, 7 am 4ten, 3 am 5ten, 4 am 6ten, 3 am 7ten, 2 am 8ten Tage. In südlichen Ländern überleben die Tetanischen selten den 3ten Tag. Die Fälle, in welchen der Opisthotonus vorherrscht, sind im Allgemeinen sicherer und rascher tödtlich. Der Tod kann sich auf verschiedene Weise anzeigen: durch grössere Heftigkeit und Häufigkeit der Anfälle, durch längere Dauer derselben und durch Aufhören der Pausen, durch auffallendes Erlahmen der Muskelcontractionen, die aber nicht an Häufigkeit abnehmen, durch Kleinwerden, beträchtliche Frequenz und Intermittiren des Pulses, durch anhaltende Beengung der Respiration, durch abundanten, aber kalt werdenden Schweiss, durch Verlust der Besinnung, durch Alteration der Gesichtszüge. Er kann aber auch ganz plözlich ohne alle Vorboten sich einstellen. Alle diese Verhältnisse bleiben sich gleich, was auch die Ursache des Tetanus gewesen sein mag. Zuweilen kommt es vor, dass einige Stunden lang heftige tetanische Krämpfe bei vollem Bewusstsein sich einstellen, sofort aber, während sie nachlassen und aufhören, der Kranke allmälig soporös und comatös wird, noch Spannung in einzelnen Muskelpartieen, aber keine eigentlichen Krämpfe mehr zeigt, mit einem Anfangs warmen und sehr reichlichen Schweisse sich bedekt, bei dessen Fortdauer jedoch Pulsbeschleunigung und Athemfrequenz zunehmen und nachdem allmälig die Haut unter den reichlichen Schweissen erkühlt, stirbt der Kranke im Laufe des ersten oder zweiten Tages, ohne dass weitere Erscheinungen bei ihm eintreten, und es sind diess Fälle, bei denen zuweilen weder eine äussere Ursache der Erkrankung, noch irgend eine anatomische Störung bei der Section aufzufinden ist. Die Resultate der Leichenöffnungen sind überhaupt beim Tetanus im höchsten Grade unbeständig und es kann geschehen, dass während in einem Falle weder im einzelnen Nervenstamme, noch in den Centralorganen des Nervensystems irgend eine Läsion sich auffinden lässt, in einem anderen von ganz ähnlichem Verlauf eine lebhafte Entzündung des Neurilems, eines verlezten Nerven, eine reichliche Exsudation in den Rükenmarkshäuten sich zeigt. Dagegen findet man meistens, dass die Muskel noch eine geraume Zeit nach dem Tode erstarrt sich zeigen und selbst das Herz hat man 11 Stunden nach dem Tode in einem Zustande von krampfhafter Contraction gefunden, aus dem es erst mehrere Stunden danach in Erschlaffung überging.
In den Fällen, welche mit Genesung enden, ist der Verlauf bis zur Herstellung fast immer ein sehr protrahirter: die tetanische Starrheit verlässt nur Schritt für Schritt die verschiedenen Theile und der Kranke bleibt noch lange in einem sehr erschöpften Zustande zurük. Es lässt sich nicht entscheiden, ob die mit Genesung endenden Fälle mehr den reinen Neurosen oder mehr den von Gewebsstörung abhängigen Zufällen angehören.

III. Therapie.

Der allgemeinen Annahme zufolge gehört der vollkommene Tetanus der Erwachsenen zu denjenigen Affectionen, welche eine höchst geringe Aussicht auf Herstellung darbieten.

Wenn von einzelnen Aerzten ungewöhnlich günstige Mortalitätsverhältnisse angegeben werden, so ist anzunehmen, dass unvollkommen ausgebildete und partielle Tetanusformen mit in Rechnung gezogen worden sind. Aber es ist nicht zu bezweifeln, dass in einzelnen Fällen eine entschiedene Therapie Kranke mit vollkommen ausgebildetem Tetanus gerettet hat, wie selbst bei ganz verwahrlosten Kranken

die Affection hin und wieder günstig endet. Je rascher die Erkrankung die höheren Grade erreicht, je früher die Puls- und Respirationsfrequenz zu einer beträchtlichen Höhe sich steigert, um so grösser ist die Gefahr und der schon am ersten oder zweiten Tage bis zur vollkommenen Ausbildung entwikelte Tetanus lässt kaum jemals einen günstigen Ausgang erwarten. Je verzettelter und protrahirter dagegen der Verlauf ist, je weniger die Circulation und die Respiration betheiligt erscheinen, um so eher ist eine spontane oder durch Kunsthilfe herbeigeführte Ausgleichung zu hoffen.

Die Ansichten über die zwekmässigste Behandlung des Tetanus gehen weit auseinander und es mag die Möglichkeit eines Erfolges bei den differentesten Verfahren mit darin begründet sein, dass der Symptomencomplex von so entgegengesezten Verhältnissen abhängen kann und dass nicht nur von der Verschiedenheit des wesentlichen Processes, sondern auch von der Verschiedenheit in der Acuität des Falls die Nüzlichkeit einer Methode abzuhängen scheint.

In den höchst acut verlaufenden Fällen ist fast immer Alles vergeblich. Man kann versuchen, durch irgend eine starke Einwirkung, die sich nach den Umständen des Kranken modificirt, die gewaltigen Zufälle zu brechen und wird hienach je nach der Art der Individuen und der Verhältnisse bald starke Blutentziehungen, bald kleine anwenden, und zwar vornehmlich in der Form örtlicher Entleerungen an der Wirbelsäule, nur bei vollblütigen Subjecten auch durch reichliche Entziehung aus der Vene, bald wird man grossen Dosen von Opium den Vorzug geben können, bald (z. B. nach heftigen Erkältungen) ein Dampfbad versuchen können.

In der That aber darf man nicht übersehen, dass die Verhältnisse häufig nicht so entscheidend für die eine oder andere Indication sprechen und dass überdem bei dem überstürzend raschen Verlauf der Krankheit oft durch ein kurzes Zögern die Zeit verpasst ist, in welcher man von der Anwendung einer Methode irgend eine, auch noch so geringe Hoffnung haben könnte. Besonders wird gewöhnlich in solchen Fällen, die nicht nach Verlezungen entstehen und wo eben darum ein Anhaltspunkt für die Diagnose mangelt, die mögliche Hilfe durch die nicht ungerechtfertigte Befürchtung, mit starken Mitteln in einem zweifelhaften Falle positiven Schaden bringen zu können, versäumt.

In Fällen von mässiger Acuität ist dafür Sorge zu tragen, dass das Gemüth des Kranken möglichst beruhigt wird und dass alle Veranlassungen zum Eintritt der Krämpfe vermieden werden. Es sind ferner, wenn Verlezungen vorausgegangen sind, die Wunden zu erweitern, harte Narben zu durchschneiden, Splitter und fremde Körper zu entfernen, selbst die Amputation des Theils ist vorgeschlagen und wie es scheint mit Vortheil ausgeführt worden. Bei vorausgegangenen Diätfehlern oder bei Einführung toxischer Substanzen ist die Anwendung eines Brechmittels nöthig. Bei vorausgegangener Erkältung kann mit Vortheil ein Dampfbad angewandt werden. Bei kräftigen Subjecten kann eine reichliche Aderlässe gemacht werden und Schröpfköpfe den Naken entlang gesezt sind wohl in den meisten Fällen mindestens unschädlich. Das Hauptmittel aber scheint in der Anwendung starker Narcotica zu bestehen, namentlich des Opium oder des Morphium in grossen Dosen, bei deren Gebrauche man die Bemerkung gemacht hat, dass die Tetanischen selbst durch reichliche Dosen nicht narcotisirt werden. Auch die Anwendung der Narcotica in Klystirform scheint zuweilen von besonderem Nuzen gewesen zu sein. Es kann ferner vermuthet, muss aber durch weitere Erfahrungen bestätigt werden, dass das Opium durch die Anwendung wiederholter Chloroforminhalationen ersezt werden kann. Von Manchen wird der Gebrauch des

Tabaks in Klystiren den andern narcotischen Mitteln vorgezogen. Ausserdem hat man die verschiedenen vegetabilischen und metallischen Nervina offenbar mehr aus theoretischen Gründen als nach bestimmten Erfahrungen empfohlen. Warme Bäder, besonders mit Kali, auch Dampfbäder und andere starke Hautreize scheinen die Cur zu unterstüzen. — Dagegen ist der Nuzen einer starken Mercurialincorporation durch innere Anwendung des Calomels oder durch Einreiben der Salbe problematisch, und ebenso dürfte es kaum erlaubt sein, von den zahlreichen Empfehlungen, denen gar keine oder ungenügende Erfahrungen zur Seite stehen, wie z. B. grosser Mengen von Wein, der Anwendung des Chinins, des Eisens, des Arsens, des Phosphors, der Cantharidentinctur etc. in einer so schweren Krankheit, in der die Gefahr mit jeder verlorenen Stunde steigt, Versuche zu machen, und höchstens in so weit gediehenen Fällen, dass bei der gewöhnlichen Behandlung keine Hoffnung übrig bleibt, mag man zu jenen unzuverlässigen Methoden seine Zuflucht nehmen.

Die Anwendung von energischen Venäsectionen und örtlichen Blutentziehungen hat besonders früher zahlreiche Lobredner gefunden und man hat sie theils für sich allein, theils neben Merkur und Opium vorgenommen. Gegenwärtig ist diese Methode mehr in Misscredit gekommen. — Das Opium soll in manchen Fällen in ganz erstaunlicher Menge ohne Nachtheil gebraucht worden sein: über zwei Unzen des Tages und diess länger als eine Woche fortgesezt. Da bei dieser Toleranz gegen das Opium seine Resorption im Magen verdächtig wurde, so ziehen Manche die endermatische Anwendung des Morphium oder den Gebrauch von Opiumklystiren vor. — Der Tabak wird zu gr. xx—xxx im Infus zum Klystir gebraucht und die darauf eintretende Prostration durch Wein, Ammoniak und kräftige flüssige Nahrung bekämpft. Viele schreiben dem Tabak die sicherste Wirkung gegen den Tetanus zu, vornehmlich Engländer (Curling, Obeirne, Dericci). — Ueber die Wirkung der Chloroforminhalationen s. Kniesling (deutsche Klinik. 1849. pag. 74). — Der Tartarus emeticus soll in grossen Dosen (zu gr. xjj—xxjv p. die) nüzlich gewirkt haben. — Das Chinin kann in mehr chronisch verlaufenden Fällen mit auseinandergerükten Paroxysmen wahrscheinlich vortheilhaft sein. Unter ähnlichen Umständen mag auch das Eisen zuweilen wirken. — Das Warmhalten der Haut wurde schon von Paré in der Weise mit Erfolg ausgeführt, dass er einen Tetanischen drei Tage lang in Mist hüllte und heilte. Von Stütz wurden vornehmlich die Kalibäder empfohlen, aber freilich mit Opiumtinctur gemeinschaftlich gegeben. Auch Einreibungen von warmem Oel sind empfohlen worden. Stets ist aber bei dem Erfolge gerühmter Mittel nicht zu übersehen, dass unter den geheilten Fällen ohne Zweifel manche günstigere Verhältnisse darbietende, namentlich unvollkommene Formen und symptomatische Starrkrämpfe miteingerechnet werden.

d. Der Tetanus der Neugeborenen (Trismus neonatorum).

Der Tetanus der Neugeborenen wurde schon von Werlhoff und Underwood beobachtet, allein wenig berüksichtigt, sondern meist mit den Eclampsieen zusammengeworfen. Ausser einigen englischen Journalartikeln von Hancock, Colles, Labatt, Thomson sind besonders die Mittheilungen von Schöller (Neue Zeitschr. für Geburtsk. V. 478) und die Monographie von Finckh (Ueber den sporadischen Krampf der Neugeb. 1835) von Interesse.

I. Aetiologie.

Der Tetanus der Neugeborenen kommt einerseits in heissen, andererseits in kalten Ländern ungewöhnlich häufig vor und scheint zuweilen epidemisch zu herrschen.

Unter 844 lebend im Katharinenhospital zu Stuttgart geborenen Kindern erkrankten und starben 21 am Tetanus, und nach dem Berichte von Clarke waren im Dubliner Entbindungshause von 17,650 Kindern 2944 am Trismus gestorben. Im westindischen

Archipel sollen ein Viertheil aller Kinder, an andern Orten heisser Klimaten selbst drei Viertheile am Trismus sterben und in einer Localität an der Südküste von Island sollen fast alle Neugeborenen daran zu Grunde gehen, so dass die Bevölkerung sich nur durch Einwanderung erhält. Auffallend ist dagegen das seltene Vorkommen der Krankheit in den grossen Pariser Anstalten, sowie in der Privatpraxis.

Die Krankheit befällt fast durchaus in der ersten Woche des Lebens, nur ausnahmsweise in der zweiten, am häufigsten am fünften bis siebenten Tage. Eine besondere individuelle Disposition scheint nicht zu bestehen: sie kommt bei Knaben und Mädchen, bei gesunden und kräftigen, wie bei schwächlichen vor.

Die Art, wie die Nabelschnur abgeschnitten und unterbunden wird, scheint von Einfluss auf die Entstehung der Krankheit zu sein, wenigstens zeigt in fast allen Fällen der Nabel eine Missfärbigkeit, Röthung und unvollständige Verheilung, und mehrere Beobachter fanden Entzündung der Nabelgefässe und des benachbarten Bauchfells. Ausserdem scheinen auch andere Verlezungen den Trismus herbeiführen zu können: so namentlich die Beschneidung. — Nächst Verlezungen scheinen in den meisten Fällen Erkältungen der Kinder die Krankheit hervorzurufen und die gefährlichen Folgen der Verlezung zu determiniren. Auch Mangel an genügender Nahrung wird als Ursache angegeben; dessgleichen soll die verdorbene Luft der Wohnstuben Einfluss haben und die Krankheit in geräumigen und reinen Localen ungleich seltener sein. In Dublin wurde durch eine bessere Ventilation die Sterblichkeit am Tetanus von $^1/_6$ auf $^1/_{20}$ vermindert.

II. Pathologie.

Gewöhnlich beginnt die Krankheit mit Unvermögen zu saugen und zu schluken; die Warze wird zwar mit Begierde ergriffen, aber unter Verzerrungen des Gesichts wieder losgelassen; wird auch die Milch noch eingezogen, so kommt sie alsbald wieder zur Nase heraus. Verbunden damit ist eine tiefes Leiden ausdrükende Veränderung der Gesichtszüge: Eingefallensein und Runzeln im Gesichte und um den Mund, spize Nase und Vorspringen des Kinns, Blässe des Antlizes und bleiartige Farbe um die Lippen; die Auglider sind krampfhaft geschlossen und oft zeigt sich eine lächelnde Verzerrung des Gesichtes. Dabei stossen die Kinder zeitweise einen grellen Schrei aus und zappeln mit Armen und Füssen; auch zeigt sich zuweilen Erbrechen und Abgang von grünen Stühlen und stinkenden Blähungen. Diess sind nur die Vorboten der Krankheit, welche zuweilen einige Stunden oder über einen Tag anhalten. Auf einmal treten nun tonische Zusammenziehungen der Kaumuskel ein, wodurch der Unterkiefer vollkommen starr wird, ohne jedoch an den Oberkiefer angeschlossen zu sein; die gespannten Muskel fühlen sich hart und wie geschwollen an. Bald ergreift der Krampf auch die Gesichts-, Hals-, Naken-, Rüken- und Extremitätenmuskel, der Mund spizt sich zu oder wird verzerrt, die Augen sind verdreht, die Gesichtszüge werden verzogen, der Kopf ist übergebeugt, der Rumpf rükwärts gekrümmt, Arme und Beine sind starr oder auch von augenbliklichen convulsivischen Zukungen befallen. Dabei holt das Kind krampfhaft Athem, hat eine livide Farbe und stösst nur einige ächzende Töne aus. Diese Paroxysmen dauern Anfangs nur kurz und lassen Pausen von einigen Stunden und selbst von einem halben Tage zwischen sich, während welcher das Kind ruhiger ist, leicht athmet und anscheinend schläft, jedoch immer noch einzelne Spuren von krampfhaften Contractionen seiner Muskel und kurze Zukungen zeigt. Aber bald

kommen die Anfälle häufiger, heftiger, ihre Dauer wird länger und die der Pausen kürzer. Die Starrkrämpfe kehren nun bei der leisesten Berührung des Kindes wieder und können den heftigsten Grad tetanischer Erstarrung erreichen. In vielen Fällen tritt, und zwar manchmal ehe der Tetanus sich selbst vollkommen ausgebildet hat, ein Zustand von Collapsus ein, in welchem die Krämpfe aufhören oder nur schwach sind, aber das Kind keine Art willkürlicher Bewegung mehr zeigt. Die Haut ist nun kalt, eingefallen, livid, die Augen sind hohl, der Puls ist kaum mehr zu fühlen, das Athmen erfolgt nur in langen Zwischenräumen und das Kind stirbt entweder in einer Zukung, oder durch immer seltener werdende Respiration. Der Tod tritt zuweilen schon 12 Stunden nach dem Anfang der Krankheit, meist aber am zweiten oder dritten Tage ein, nur selten verzögert er sich länger. — Bei der Section hat man grossentheils gar keine Veränderungen gefunden, auf welche die Rükenmarksstörung bezogen werden könnte, theils in einzelnen Fällen Extravasationen im Rükgrate, welche aber auch Folge der Krämpfe sein können, nur ausnahmsweise Zeichen von Entzündung, ausserdem aber verschiedene accidentelle Störungen ausserhalb der Centralorgane des Nervensystems, welche entweder in gar keiner Beziehung zu der wesentlichen Erkrankung stehen oder nur deren Veranlassungen, Complicationen oder deren Folgen angehören. — Ein Ausgang in Genesung ist mindestens ausserordentlich selten und es ist wahrscheinlich, dass alle ausgebildete Fälle von Tetanus der Neugeborenen verloren sind.

III. Therapie.

Die Vorschläge für die Behandlung des Tetanus der Neugeborenen sind nur theoretisch und Erfahrungen über günstigen Erfolg der empfohlenen Methoden sind entweder gar nicht gemacht oder sind sie unzuverlässig. Man hat je nach den theoretischen Voraussezungen über das Wesen der Krankheit und ihre Ursachen Blutentziehungen, Brech- und Abführmittel, Opium in verhältnissmässig grossen Gaben, Moschus, starke Hautreize, alkalische, Weinbäder und russische Bäder in Vorschlag gebracht oder wirklich angewandt.

e. *Incompleter Tetanus.*

Seltener durch Verlezungen, häufiger nach starken Erkältungen kommen Fälle vor, bei welchen in einer oder mehreren Muskelpartieen tetanische Starrheit von kürzerer oder längerer Dauer, mit unvollkommenen Remissionen und nur schwachen paroxysmenartigen Steigerungen sich zeigt. Diese verwaschenen Fälle schliessen sich an den Krampf der einzelnen Muskel an und ihr centraler Siz lässt sich nur daraus entnehmen, dass sie nicht durch Einwirkungen auf die befallenen Muskel zustandekommen und meist nicht auf ein einziges Muskelgebiet beschränkt sind. Am häufigsten findet sich diese unvollkommene Tetanusform in den Halsmuskeln, Nakenmuskeln, Rükenmuskeln und in den Muskeln der Bauchwandungen, während die Muskel der Extremitäten meist nur in untergeordneter Weise participiren. Nicht selten sind die Bewegungen in den Eingeweiden dabei vorübergehend

beschränkt: das Schlingen, die Harnentleerung, die Fäcalentleerung. Die Zufälle beginnen anfangs in der Art rheumatischer Spannung, machen erst noch Pausen, wechseln wohl die Stelle, fixiren sich aber allmälig an einem oder an mehreren Orten, dauern einige Tage an und verlieren sich gewöhnlich in allmäligem Nachlasse, jedoch unter häufiger Wiederkehr gelinderer Paroxysmen, in der zweiten oder dritten Woche. Sie sind dabei zuweilen sehr peinlich, gewöhnlich ohne Fieber, wohl aber mit grosser nervöser Gereiztheit, mit Niedergeschlagenheit und Appetitverlust verbunden. — Sie schliessen sich in der unvollkommenen Ausbildung, in der sie sich darstellen, andern mannigfachen Formen an, und es ist unwahrscheinlich, dass bei Vernachlässigung aus ihnen ein vollkommener Tetanus entstehen kann.

Anhaltende Wärme, örtliche Blutentziehungen, ergiebige Einreibung von Chloroform und grössere Dosen von Opium sind in den meisten Fällen im Stande, den Krampf abzukürzen. Oft ist es aber nöthig, daneben den sonstigen Zufällen, die damit verbunden sind, der Fäcal- und Harnretention, der Schwierigkeit den Mund zu öffnen, zu schlingen, der Nervengereiztheit Rechnung zu tragen.

f. Spinale Convulsionen.

Convulsionen hängen in vielen Fällen nicht bloss vom Gehirn, sondern auch vom Rükenmark ab, was dadurch bewiesen wird, dass sie sich sehr häufig im Verlaufe anderer Erkrankungen des Rükenmarks bei vollkommener Integrität des Gehirns einstellen. Es lässt sich jedoch im Einzelfalle kaum mit Bestimmtheit ermitteln, ob eine Convulsion vom obersten Theile des Marks oder vom Mesocephalon abhängt und es ist am Ende eine solche Unterscheidung auch kaum von practischem Werthe. Da nun die Mehrzahl der convulsivischen Krämpfe als Gehirnkrankheiten anzusehen sind, so ziehen wir, um Wiederholungen zu vermeiden, vor, diese Formen von Störung überhaupt des Nähern bei den Gehirnaffectionen zu betrachten.

g. Zitterkrämpfe (Tremores).

Oscillatorische Bewegungen der Muskel in verschiedener Stärke und Ausdehnung, bald nur eintretend bei einer intendirten Bewegung oder nach einer körperlichen Anstrengung oder bei gemüthlicher Emotion, bald auch ohne solche Umstände, hängen, soweit sie sich in den vom Rükenmark mit Nerven versorgten Muskeln äussern, von einem krankhaften Zustande desselben ab, der als eine Form der Gereiztheit angesehen werden muss, wenn er gleich sich schon der Schwäche und Paralyse nähert, sie häufig einleitet und in der später zu betrachtenden Form der Paralysis agitans sich vollkommen an die Paralysen anschliesst.

Das Zittern ist bei Manchen ein angeborener oder durch unmerkliche Einflüsse erworbener habitueller Zustand und hängt mit den gesammten Constitutionsverhältnissen zusammen; es ist ferner im vorgerükten Alter gewissermaassen normal (Tremor senilis); es begleitet die verschiedensten Formen von Erkrankungen des Gehirns, des Rükenmarks und der Gesammt-

constitution, kommt in der ausgezeichnetsten Weise bei chronischer Alcoolvergiftung, bei Opiumvergiftung, bei Mercurvergiftung, viel seltener und schwächer bei Bleivergiftung vor.

Die Zitterbewegungen sind bald nur auf einzelne Theile beschränkt, bald ausgedehnt, bald auch die Stelle wechselnd. Am häufigsten befallen sie die Extremitätenmuskel, besonders die Musculatur der Finger, der Hände, der Schenkel. Häufig gesellen sich auch bebende Bewegungen in den Nakenmuskeln, sowie in den von Hirnnerven versorgten Antliz- und Zungenmuskeln bei. Das Beben der Muskel ist bald anhaltend und zeigt dann einen ziemlich regelmässigen Rhythmus, bald tritt es nur bei besondern obengenannten Umständen ein; es ist bald stärker, bald schwächer, zeigt meist eine allmälige Zunahme, wenn nicht die Ursachen beseitigt werden. Der Wille kann beschränkend auf dasselbe wirken, doch wird es oft durch eine unkräftige und vergebliche Willensintention nur noch gesteigert. Im Schlafe lässt es gewöhnlich nach oder pausirt ganz. — Das Zittern ist in den meisten Fällen nur eine lästige und widerwärtige Infirmität, welche jedoch stets die willkürliche Bewegung, vornehmlich die feinere und exactere Muskelthätigkeit verhindert oder beschränkt. Zuweilen aber ist das Zittern so beträchtlich und gewaltsam, dass durch das unwillkürliche Aneinanderstossen von Körperstellen, z. B. der innern Seiten der Kniee, Entzündung, Verschwärung und Brand hervorgerufen werden können.

Die Therapie gegen das Zittern besteht vornehmlich in der Behandlung seiner Ursachen und in Vermeidung aller derjenigen Verhältnisse, welche es steigern. Ist der Fall von dieser Seite her nicht zugängig, so kann man versuchen, durch ein beruhigendes und sofort stärkendes Verfahren, namentlich durch den Gebrauch von verschiedenartigen Bädern einzuwirken, ohne dass man jedoch hoffen darf, dadurch mehr als eine Verminderung der Zufälle zu erreichen.

B. FORMEN DER SCHWÄCHE UND PARALYSE.

1. Habituelle Rükenmarksschwäche.

I. Die habituelle Rükenmarksschwäche ist häufig ein angeborener Zustand. Man findet sie bei den Kindern sehr junger, sehr alter oder schwächlicher und kranker Eltern, bei zu früh geborenen Kindern, ferner bisweilen wenn während der Schwangerschaft Blutverluste stattgefunden hatten oder die Ernährung armselig war. So kann die Rükenmarksschwäche auch in Familien einheimisch und hereditär sein. Zuweilen lässt sich bei angeborener Rükenmarksschwäche keine Ursache auffinden. Zuweilen fällt sie zusammen mit angeborenen Hirnkrankheiten, besonders mit angeborener Geistesschwäche.

Die habituelle Rükenmarksschwäche kann aber auch acquirirt werden, vornehmlich allerdings von Individuen, welche von Haus aus schwächlicher Constitution sind. Alle mehr allmälig untergrabende, als durch einzelne Ereignisse schädliche Verhältnisse können diese Wirkung haben: besonders allgemeine Verkümmerung, anhaltend sizende Lebensweise; aber auch

schwere überstandene Krankheiten, mag dabei das Rükenmark wesentlich oder nur in untergeordneter und participirender Weise ergriffen gewesen sein; dessgleichen angreifende Curen, ganz vorzüglich aber oft wiederholte Wochenbetten, häufige Aborten, welche eine der allerhäufigsten Ursachen der acquirirten Rükenmarksschwäche sind.

II. Kinder mit angeborener Rükenmarksschwäche sind, wenn sie auch wohlgenährt und kräftig aussehen, doch von Geburt an in höchstem Grade zu Nervensymptomen disponirt. Sie zeigen Erscheinungen der Spasmophilie, sind schreksam, schlagen die Daumen ein, brechen auf geringe Veranlassung in Convulsionen aus. Meist zeigen sie an mehreren Stellen Contracturen, leiden viel an Bauchschmerzen, Blähungsbeschwerden, Verstopfung und Diarrhoe und haben häufig atelectatische Lungen. Alle Krankheiten bringen stürmische Reactionen bei ihnen hervor und sie erholen sich immer auffallend langsam. Sie zeigen wohl eine frühe Entwiklung und Lebhaftigkeit, die aber sehr bald wieder untergeht, oft schon nach wenigen Monaten. Sie lernen schwierig gehen, oft erst im dritten Jahre oder noch später, bleiben auch später schreksam, reizbar, taumeln und fallen leicht und ermüden sehr bald. Zuweilen erstarken sie später, öfter aber werden sie immer elender, die Ernährung leidet Noth, das Knochensystem bildet sich schlecht aus, weil es an kräftigen Bewegungen der Muskel fehlt. Oft gehen sie in den ersten Monaten oder im Laufe der folgenden Jahre an unbedeutenden Störungen zu Grunde, so dass man weder in den Symptomen, noch in der Leiche eine genügende Todesursache zu finden im Stande ist, und zwar bald rasch und unerwartet, bald nach Herstellung eines hochgradigen Marasmus. Häufig verfallen sie, wenn der Tod nicht frühe erfolgt, in andere schwere Krankheiten: Krampfformen, Tuberkel, Scropheln, Rhachitis, Dysenterieen etc.

Bei Erwachsenen bedingt die acquirirte Rükenmarksschwäche einen hohen Grad allgemeiner Hinfälligkeit und Reizbarkeit. Ohne dass irgendwo eine Lähmung oder auch nur eine Halblähmung bestände, lässt keine Bewegung einen grössern Kraftaufwand zu und tritt bei der geringsten Anstrengung eine unverhältnissmässige Erschöpfung ein. Meist klagen diese Individuen über ein fortwährendes Gefühl von Schwäche und Abgeschlagenheit in den Lenden und im Rüken, zuweilen über wirkliche Schmerzen im Kreuze, müssen das leztere beim Sizen unterstüzen und häufig bildet sich allmälig eine mässige Verkrümmung der Wirbelsäule, vornehmlich nach rükwärts aus. Die meisten dieser Individuen sind, obwohl sie keine objectiven Zeichen darbieten und obwohl sie keine specielle Störung irgend eines sonstigen Organs haben, fortwährend voll Klagen, meist allgemeiner Art oder über alle Theile ihres Körpers. Symptome von Spinalirritation, die jedoch meist nicht sehr erheblich sind, sind entweder anhaltend bei ihnen vorhanden oder treten sie doch zeitweise auf. — Eine vollkommene Herstellung ist in den meisten Fällen nicht zu erwarten; doch kann eine Besserung des Zustands gehofft werden. Dagegen nimmt die Hinfälligkeit oft mehr und mehr überhand und wirkliche Paresen und Paralysen können sich anschliessen.

III. Die Rükenmarksschwäche lässt sich mehr durch ein sorgsames und

consequent durchgeführtes hygieinisches Verhalten (im weitesten Sinne des Worts, namentlich auch mit Berüksichtigung der Luft, Wohnung etc.), als durch medicamentöse Mittel allmälig ermässigen, jedoch bei höheren Graden selten vollkommen beseitigen.

Sorgsame, den Umständen angemessene Abwechslung von mässigen Anstrengungen mit Ruhe ist erste Regel der Cur. Dabei müssen bei der acquirirten Form alle die Einflüsse vermieden werden, welche zur Herbeiführung des krankhaften Zustandes beitrugen oder im Verlaufe der Zeit als ungünstig erkannt worden sind. Aehnliche Einflüsse hat man auch bei der congenitalen Form abzuhalten. Ein wesentliches Unterstüzungsmittel der Cur sind Bäder, welche bei sehr schwächlichen Kranken warm, bei weniger empfindlichen lau und allmälig immer kälter gegeben werden können. Auch findet man in dem Gebrauch von Douchen, in verschiedener Temperatur und in verschiedener Stärke auf den Rüken applicirt, in manchen Fällen ein vorzügliches Mittel, wiewohl dasselbe nur mit Vorsicht in Anwendung zu bringen ist, indem empfindliche Kranke theils ausserordentlich aufgeregt, theils aber auch zuweilen in eine tiefe Erschöpfung, selbst bei der vorsichtigsten Application der Douche versezt werden. Bäder und Douchen können aus einfachem Wasser bestehen, aber es ist sehr zwekmässig, Salze und vornehmlich Eisen in mässiger Menge beizusezen, und für viele Kranke dieser Art ist ein Gehalt der Wasser an Kohlensäure, manchmal auch der Gebrauch der eisenhaltigen Mineralmoorbäder von dem auffälligsten, günstigsten Einflusse. Hienach kann in solchen Fällen die Wahl eines natürlichen Mineralwassers getroffen werden, wobei jedoch nicht zu übersehen ist, dass gerade in diesen Formen individuelle Dispositionen obwalten, welche eine und dieselbe Quelle dem Einen höchst nüzlich und dem andern, nicht durch erhebliche Differenzen in den Erscheinungen sich unterscheidenden Kranken nachtheilig machen. Kalte Flussbäder, Seebäder sind nur für die mässigsten Fälle geeignet oder können mit Erfolg zuweilen als eine Art von Nachcur gebraucht werden. Vielfach hat man auch andere Ingredienzen den Bädern zugesezt, namentlich Milch-, Molken-, Malzbäder gebraucht, ferner Weinbäder, Thymianbäder und die neuerdings vielfach benüzten Waldwollebäder. Im Allgemeinen ist die Anwendung der milderen unter diesen Mitteln der der reizenden vorzuziehen und die lezteren sind nur mit grosser Vorsicht und unter genauer Beobachtung der Wirkung zu versuchen. — Von inneren Mitteln kann nur insofern ein Nuzen erwartet werden, als dieselben nährend und auf die Constitution überhaupt kräftigend wirken.

2. Progressive spinale Lähmung (sogenannte Tabes dorsualis).

Die Tabes dorsualis ist eine von denjenigen Rükenmarksaffectionen, welche am frühesten die Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben und zwar wurden zu einer Zeit, wo anatomische Untersuchungen noch in der Kindheit waren, die Symptome dieser Krankheitsform auf einen ganz speciellen anatomischen Zustand bezogen: auf eine Abzehrung oder Atrophie des Rükenmarks. Freilich hat sich diese verfrühte Anatomie der Krankheit nicht durchaus bestätigt, und wenn man auch in manchen Fällen ein Schrumpfen des Organs findet, so sind doch häufiger theils andere Veränderungen (Wassererguss, chronische Meningitis, Erweichung des Marks), theils aber auch gar keine Störungen gefunden worden. In der That ist man durch diese Differenz der Beobachtungen genöthigt, die in Frage stehende Form der Erkrankung vorderhand rein symptomatisch aufzufassen, da sich im Einzelfalle niemals nach unsern jezigen Mitteln der Untersuchung bestimmen lässt, ob anatomische Störungen bestehen oder nicht.

Die Literatur der Tabes dorsualis ist ziemlich reichhaltig, besteht aber meist in kleinern Dissertationen und Abhandlungen oder in gelegentlichen Darstellungen der Krankheitsform in den Werken über specielle Pathologie und Nervenkrankheiten; auch ist sie gewöhnlich in den Schriften, welche mit Onanie sich beschäftigen, zum Theil in etwas romantischer Färbung beleuchtet. Vergl. Schelhammer (de tabe dorsali 1691), Brendel (de tabe dorsali 1749), Löwenhardt (de myelophthisi chronica vera et notha 1812), Weidenbach (de tabe dors. 1817), Schesmer (tabis dors. adumbratio pathologica 1819), E. Horn (dessen Archiv 1833. A. 110), Steinthal (Hufeland's Journal 1844), Teyer (die Rükenmarksschwindsucht, ihre Beschreibung und Erklärung 1848), ferner die Werke von Tissot, Behrend, Naumann, Canstatt, Romberg etc.

I. Aetiologie.

Die progressive spinale Lähmung kommt häufiger beim männlichen Geschlechte, als beim weiblichen vor. Bei Kindern ist sie zwar zuweilen zu beobachten, doch selten in ausgezeichneter Weise und schliesst sich bei ihnen mehr andern Formen an. Auch bei Greisen kommen fortschreitende Lähmungen, die vom Rükenmark abhängen, vor, welche jedoch in den meisten Fällen weniger von Stelle zu Stelle sich ausbreiten, als vielmehr nur an den von Anfang befallenen Theilen immer vollständiger werden; doch stimmen zuweilen senile Paraplegieen ganz mit der Erkrankungsform der Tabes dorsualis überein. Am vollkommensten zeigt sich die Krankheit bei jüngern Männern und zwar ebensowohl bei kräftigen und muskelstarken, als bei schwächlichen und abgemagerten. Geschlechtliche Reizungen und Erschöpfungen (übermässiger Coitus, wie Onanie) sind in vielen Fällen unleugbare Ursachen, doch sicher nicht die einzigen: vielmehr scheinen Erkältungen, namentlich der schwizenden Füsse, übermässige Anstrengungen der Bewegungsorgane, besonders der Beine (grosse Märsche, Reiten, Anstrengungen der Beine bei manchen Arbeiten, vornehmlich bei gleichzeitig erschwerter Stellung), ferner Erschütterungen des Rükgrats sehr oft die Ursache der Krankheit zu enthalten; geistige Getränke scheinen gleichfalls einen Einfluss auf ihre Entstehung zu haben. Auch wird man in den meisten Fällen mehrere dieser Ursachen bei Kranken solcher Art vereinigt finden. — Wo bei weiblichen Kranken die Affection sich zeigt, kann man theils einzelne der genannten Ursachen, vornehmlich die Erkältung der Füsse, theils Menstruationsstörungen, ganz vorzugsweise aber häufige Geburten als bedingende Verhältnisse auffinden.

Zuweilen entstehen die Symptome mit einer gewissen Raschheit nach einer einzelnen und zuweilen das Rükenmark nicht direct berührenden Veranlassung, z. B. einem Gemüthsaffecte, oder unmittelbar nach einem stärkern, aber nicht excessiven Marsche, oder in der Reconvalescenz einer andern, bald schwereren, bald aber auch ganz leichten Krankheit. In diesen Fällen scheint jedoch die Störung längst vorbereitet zu sein und ein genaues Examen lässt gewöhnlich einzelne Zeichen schon vor der Gelegenheitsursache erkennen, es kommt nur durch die leztere der Symptomencomplex zu einer raschern und überstürzten Bildung. Diejenigen Lähmungen, die nach manchen schweren acuten Krankheiten, wie Exanthemen, Typhus zurükbleiben und wirklich durch diese bedingt sind, haben nicht den progressiven Character.

II. Pathologie.

Das erste Symptom der progressiven Spinallähmung ist eine mässige Muskelunruhe, wegen deren der Kranke keine Stellung längere Zeit festhalten kann, selbst nicht ruhig zu sizen oder zu liegen vermag. Die Muskel ermüden leicht, wiewohl, wenn einmal die erste Ermüdung überwunden ist, eine stärkere Anstrengung, z. B. ein weiterer Marsch, ganz wohl möglich ist und dem Kranken selbst wohlthuend erscheint. Hin und wieder tritt eine Steifigkeit in einzelnen Muskeln ein, ähnlich derjenigen, welche man nach Erkältungen oder einer ungeschikten Anstrengung beobachtet. Ebenso zeigt sich in häufiger Wiederkehr das Phänomen des sogenannten Eingeschlafenseins eines Glieds, besonders einer untern Extremität, auf geringfügige Veranlassungen oder auch ohne bemerkbare Ursachen. Von unten nach oben sich ausbreitendes heisses oder kaltes Ueberlaufen und andere rasch vorübergehende, aber sich von Zeit zu Zeit wiederholende

subjective Empfindungen zeigen sich vornehmlich in den Beinen. Sehr oft ist dabei ein Gefühl von Taubsein in der Lendengegend, ein Schmerz oder doch eine unangenehme Empfindung an einzelnen Stellen des Rükgrats — Erscheinungen, welche gleichfalls verschwinden und wiederkommen. Die meisten männlichen Kranken bemerken schon in dieser Zeit Anomalieen in Betreff ihrer Genitalien: der Geschlechtstrieb ist meist nicht vermindert, ja zuweilen sogar erhöht, Erectionen treten häufig ein, sei es auf sexuelle Reizungen, sei es ohne alle Erregung der Phantasie. Es kommt zuweilen vor, dass bei Kranken dieser Art der Penis fast andauernd in einer Halberection sich befindet, wodurch das Individuum in hohem Grade belästigt wird. Pollutionen sind meistens häufig, treten auch neben fortgeseztem Coitus ein, fangen an, auf mässige mechanische Reizung (z. B. beim Reiten) im wachen Zustande zu kommen, oder im Schlafe einzutreten, ohne dass der Kranke darüber erwacht, hinterlassen in ungewöhnlichem Grade das Gefühl der Mattigkeit und Erschöpfung und ängstigen gewöhnlich den Kranken mehr als irgend ein anderes Symptom. Der Coitus ist nicht unmöglich; aber der Kranke bemerkt bei einiger Aufmerksamkeit eine Abnahme der Sexualenergie, die Erection findet beim Versuchen des Coitus häufig nur unvollkommen statt, die Ejaculation erfolgt verfrüht, Kälte über den ganzen Körper tritt zuweilen ein und der Kranke fühlt sich nach dem Coitus in hohem Grade erschöpft. In andern Fällen kommt trozdem, dass sonst häufige Erectionen stattfinden, bei dem Versuche zum Coitus gar keine Steifigkeit des Penis zustande und der Samenabgang erfolgt bei schlaffem oder kaum erigirtem Gliede. In noch andern Fällen zeigt sich eine Abneigung zum Coitus und selbst ein Widerwille dagegen, was jedoch meist auf schon gemachten schlimmen Erfahrungen oder auf einer Muthlosigkeit und Furcht vor Impotenz beruht. Auch Samenabgänge bei der Stuhlentleerung, bei der Harnentleerung kommen nicht selten in diesem Stadium vor. —

Diese leichten Anfangssymptome der Krankheit können sich in ziemlich langer Weise ausdehnen, verschwinden und wiederkommen, oder es kann auch sehr rasch und fast mit Ueberspringen des ersten Stadiums die Krankheit in ihren höhern Graden sich zeigen. Doch sind die meisten Fälle, in welchen von Anfang an schwerere Symptome auftreten, nur bei Individuen zu beobachten, die eine geringe Aufmerksamkeit auf sich selbst verwenden und welchen daher die Erscheinungen des Einleitungsstadiums entgehen.

Objectiv deutlich werden die Erscheinungen für den fremden Beobachter gewöhnlich zuerst an der Art der Bewegungen der untern Extremitäten, welche, ohne an grober Kraft zu verlieren, eine eigenthümliche Unsicherheit zeigen: besonders sind es die Bewegungen im Fussgelenk und im Kniegelenk, welche zuerst die Anomalieen zeigen. Daneben treten subjective Empfindungen in den gelähmten Theilen und meist eine unvollkommene Empfindlichkeit gegen äussere Eindrüke in zunehmender Weise ein. Die Potenz verliert sich noch mehr und die Musculatur der Blase und des Rectums fängt an, unvollständig zu functioniren, auch die Schleimhaut dieser Theile unempfindlich zu werden.

Die Bewegungsanomalieen sind nicht immer die gleichen. Oft bemerkt man die Störung zuerst nur bei ruhigem Stehen, indem die Kranken entweder im Fussgelenk keinen festen Halt zeigen und, um dem abzuhelfen, sich angewöhnen, mit gespreizten

Beinen zu stehen, oder aber es fehlt ihnen der Halt in den Knieen, welche zuweilen beim Stehen zittern, zuweilen nach rükwärts schnappen. Gleichzeitig damit oder später nimmt man auch auffallende Veränderungen beim Gehen wahr: der Unterschenkel schwankt beim Auftreten des Fusses bald nach aussen, bald nach innen, bald nach vorn; beim Aufheben und ebenso beim jedesmaligen Vorsezen des Beins wird der Fuss nicht elastisch in seinen Gelenken bewegt, sondern er wird nur durch den Unterschenkel vorgeschleppt oder doch vorgeschoben, oder auch vorgeschleudert; ebenso fehlen die zu einem elastischen Gange nöthigen continuirlichen, aber ebenmässigen Bewegungen im Kniegelenke und der Kranke geht entweder mit steifem Knie oder zeigen sich bei jedem Schritte einerseits abrupte Unterbrechungen in den Bewegungen des Kniegelenks und andererseits ein leichtes Hin- und Herschwanken in demselben in dem Momente, in welchem die Schwere des Körpers auf den Fuss sich stüzen soll; das Knie selbst neigt dabei meist überwiegend nach innen, gelangt aber schliesslich mit einem kurzen Ruke in den Zustand der Hyperextension, und erst damit erlangt der Kranke in dem Beine denjenigen Halt, um auf ihm den Körper stüzen zu können. Diese Modificationen im Gange, deren Beobachtung bei der verhältnissmässigen Raschheit der einzelnen Acte eine genaue Aufmerksamkeit auf das Gehen des Kranken erheischt, können nun in verschiedener Weise sich combiniren und ebendarum kann das Ansehen des Ganges eines mit dieser Krankheit behafteten Individuums sehr verschieden sein, und es ist einseitig, denselben nur als einen schleppenden oder trippelnden zu bezeichnen. Auch andere sonst gewohnte Bewegungen mit den Beinen werden unsicher, wie z. B. der Schluss beim Reiten, gewisse Arten des Gebrauchs der Beine zum Arbeiten; besonders aber zeigen unerwartet herbeigeführte Bewegungen, ferner das Umdrehen, das Büken, das Knieen grosse Schwierigkeit und Unsicherheit. Dabei findet das eigenthümliche Verhalten statt, dass diese Erschwerung der Bewegung in den Beinen am stärksten nach vorangegangener Ruhe, bei langsamem und schlenderndem Gehen, im Anfange des Gehens eintritt, dagegen bei raschem Gange weit weniger deutlich wird, bei einer längern Fortsezung des Gehens sich auch wieder verliert. Dabei kommt es auch, dass die Kranken, welchen ihre Unsicherheit beim gewöhnlichen Gehen bemerklich wird, sich anfangs unwillkürlich dadurch helfen, dass sie recht stark auftreten, so dass es den Anschein hat, als hätten sie einen besonders kräftigen Schritt. Bei Zunahme der Krankheit tritt allmälig eine solche Schwäche in den Beinen ein, dass sowohl rasches als fortgesetztes Gehen unmöglich wird und daher die Zufälle bei jeder Bewegung der Beine sich zeigen. Es ist ferner eigenthümlich, dass der Kranke, selbst wenn er längst keinen sichern Schritt mehr thun kann, oft noch mit grosser Kraft auf den Boden zu stampfen vermag, im Bett alle Bewegungen ohne irgend eine Schwierigkeit ausführen kann. — Mit diesen Veränderungen im Gange sind Empfindungen verbunden, welche ihrerseits dazu beitragen, den Gang noch weiter unsicher zu machen, welche aber durchaus nicht als die Ursache der Unsicherheit angesehen werden können. Es tritt eine Abstumpfung des Gefühls in den untern Extremitäten ein und zwar hauptsächlich nur für die Ortsempfindungen. Während die Empfindungen für Temperatur und die Empfindungen für grobe andere Eindrüke, sowie für Schmerzen in keiner Weise vermindert sind, so hat der Kranke dagegen nicht mehr deutlich das Gefühl des Fussbodens, auf dem er tritt, seiner Ebenheit und Unebenheit, und ebensowenig eine richtige Beurtheilung der aufgewandten Kraft. Daher kommt es, dass der Kranke kleine Hindernisse auf dem Boden nicht bemerkt, ihnen nicht ausweicht, darum leicht stolpert, dass er ferner manchmal tiefer treten will, weil er den Boden noch nicht erreicht zu haben glaubt, oder den Fuss früher aufsezen will, ehe er ihn erreicht hat. Daher kommt es ferner, dass der Kranke, den das Gefühl bei den zum Gehen nöthigen Bewegungen nicht mehr genügend leitet, um so nothwendiger den Gesichtssinn zu Hilfe ziehen muss und sobald er die Augen schliesst oder im Dunkel allen Halt verliert, schwankt und sich nicht weiter bewegen kann. Mit diesem Verlust der Empfindlichkeit verbunden sind subjective Gefühle in den Beinen: das Gefühl des Pelzigseins, des Ameisenlaufens, der Wärme und Kälte etc., auch zuweilen spannende Empfindungen, seltener wirkliche Schmerzen. Die Genitalienfunctionen nehmen in diesem Stadium noch weiter an Energie ab, Erectionen werden schon seltener, der Coitus ist nur noch ausnahmsweise möglich und auch Pollutionen kommen meist gar nicht mehr oder nur selten vor. Dagegen bemerkt der Kranke meist jezt schon einige Erschwerung in der Harnentleerung, seltener ein Abträufeln des Harns, ferner eine Unempfindlichkeit im Rectum, woselbst er den Koth nicht mehr deutlich fühlt und eine Erschwerung der Entleerung des leztern; lästige Empfindungen in der Kreuzgegend, Empfindungen den ganzen Rüken hinauf oder an einzelnen Wirbeln sind gleichfalls gewöhnlich und oft stellt sich schon eine leichte Beugung des Rükgrats mit Abmagerung der Rükenmusculatur und starkem Vortreten

der Spinalfortsäze ein. — Auch auf dieser Stufe kann die Krankheit Jahre lang verbleiben oder auch rasch zu weitern Graden vorschreiten.

Die Progresse der Krankheit treten nun theils in der Weise ein, dass die Schwäche in den schon befallenen Theilen Fortschritte macht und mehr und mehr der vollkommenen Lähmung sich nähert, theils dadurch, dass die Schwäche und Paralyse sich auf weitere Theile ausbreitet. Zugleich fängt die Ernährung und die Constitution an, mehr und mehr zu leiden; auf der Haut stellen sich durch Druk und andere Insulte veranlasste Processe ein, im Darm verschiedenartige Störungen; das Gehirn und die höheren Sinnesorgane participiren an der Paralyse und auch die Lungen werden oft der Siz einer Störung.

Zunächst pflegt der Kranke mit vollkommen steifen Beinen zu gehen, wobei nur noch Bewegungen im Schenkelgelenke stattfinden, oder auch mittelst Rotationen des Bekens sich vorwärts zu schieben. Allmälig werden auch diese Muskel mehr und mehr unfähig und der Kranke fängt an, anhaltend bettlägerig zu werden, oder kann nur mit Unterstüzung und in der unvollkommensten Weise kurzdauernde Gehversuche machen. Zugleich nimmt in den schon früher befallenen Theilen die Bewegungsfähigkeit immer mehr und mehr ab und das Gefühlsvermögen stirbt bis zur gänzlichen Empfindungslosigkeit in den untern Extremitäten ab. So stellt sich allmälig eine annähernd vollkommene Lähmung der Motilität und der Sensibilität, zunächst in den untern Extremitäten her. Dessgleichen vollendet sich die Functionsunfähigkeit der Genitalien schon ziemlich frühzeitig und auch die Blasen- und die Rectumsmusculatur schreitet gewöhnlich rasch im Verluste ihrer Contractionsfähigkeit fort. Nun fangen auch an die Arme schwächer zu werden, oscillatorische Bewegungen zu machen und allmälig durch das heftige und grobe Zittern, wie in Folge der Schwäche zu den einfachsten Functionirungen unfähig zu werden, so dass der Kranke nun sehr häufig gefüttert werden muss, weil er nicht im Stande ist, den Bissen zum Munde zu bringen. Auch die Bewegungen der Wirbelsäule werden immer schwieriger, die Dornfortsäze ragen an dem abgemagerten Rüken immer weiter vor, der Kopf kann nicht mehr erhoben werden und wakelt auf dem Halse, die Sehkraft nimmt ab und der Kranke verfällt dabei in eine Art von stupidem Zustand, in welchem er bei einiger Anstrengung zwar zu allen Gehirnthätigkeiten noch Fähigkeit zeigt, aber nur langsam zu ihrer Ausübung sich entschliesst und für gewöhnlich apathisch und bewegungslos daliegt. Schmerzen hat der Kranke gewöhnlich nicht und meist sind bei der allmälig entstandenen Gleichgiltigkeit die Klagen über seinen Zustand gering. Er lässt sich füttern und isst sogar mit einer gewissen Gefrässigkeit: dabei fallen die Bissen oft wieder aus dem Munde, der Speichel träufelt ab, er verschlukt sich beim Versuche zum Trinken, der Harn geht unwillkürlich ab oder muss mit dem Catheter entleert werden, der Kranke fühlt die abgehenden Fäces nicht und ebensowenig deren Anhäufung im Rectum, dessen Muskelthätigkeit oft so gering ist, dass man auf mechanische Weise den Koth herausholen muss. Auch in diesem Zustande kann der Kranke noch Monate und selbst Jahre lang verweilen, während die Unfähigkeit zu jeder Bewegung und die Stumpfheit seiner Empfindung langsam, aber fortwährend zunimmt. Manche Kranke behalten dabei sehr lange ihr Embonpoint, oder werden sogar fetter, als sie es zuvor waren. Aber die Haut fühlt sich schlaff an und zeigt nicht die normale Elasticität; auch bilden sich oft ödematöse Anschwellungen aus. Andere Kranke sind dagegen schon frühzeitig abgemagert, vornehmlich an Rüken und Beinen. Auch bei den Kranken, welche lange Zeit hindurch eine gute Ernährung behalten, stellt sich auf einmal ein auffallendes Abmagern ein und in solchen Fällen ist es gewöhnlich ein Anzeichen des baldigen Unterganges. Weiter kommen nun Hautentzündungen verschiedener Art und verschiedener Ausdehnung, die wegen der fortdauernden unbemerklichen örtlichen Einwirkungen einen höchst lentescirenden Character haben, schwierig oder gar nicht heilen, in Verschwärung und oft in Brand übergehen. Ebenso stellen sich meistens Gastrointestinalaffectionen ein, die oft veranlasst werden durch die Gefrässigkeit der Kranken und durch Ueberladung des Magens, in andern Fällen vielleicht durch zu lange Retention der Fäces. Der Appetit wird geringer, die Zunge belegt sich und wird sehr häufig aphthös, Diarrhoeen, meist von Darmverschwärungen abhängig, treten ein und tragen zur raschern Consumtion des Kranken bei. Gewöhnlich werden nun allmälig die psychischen Functionen unvollkommener und die Apathie nähert sich mehr und mehr dem Blödsinn. Unter diesen Erscheinungen,

nicht selten auch durch eine hinzutretende Localaffection acuter (Pneumonie, Bronchitis, Lungenödem) oder chronischer Art (Tuberculose, chronisches Lungenödem, Darmulcerationen, geschwürigen und brandigen Decubitus, Nierenentartung) geht der Kranke zu Grunde.

In der ersten Zeit der Erkrankung ist es möglich, dass die Zufälle sich wieder gänzlich verlieren. Auch kommt es gar nicht selten vor, dass sie eine Zeitlang verschwinden, aber, besonders durch neue Schädlichkeiten, sich abermals einstellen. In den meisten Fällen aber entwikelt sich von den ersten kaum merklichen Symptomen an, höchstens mit leichten Schwankungen, der Zustand unaufhaltsam bis zu den äussersten Graden. Ein solches durch kein Mittel zu hinderndes Fortschreiten findet um so sicherer statt, je weiter die Krankheit schon vorgeschritten war. Doch bemerkt man, dass, so unheilbar weiter gediehene Grade beim männlichen Geschlecht fast ohne Ausnahme zu sein pflegen, ähnliche Zustände beim weiblichen zwar keine grosse Wahrscheinlichkeit, aber doch einige Aussicht einer Wiederherstellung bieten. — Selten verläuft die Krankheit innerhalb weniger Monate tödtlich, wenn nicht intercurrirende Krankheiten das letale Ende frühzeitig herbeiführen. In den meisten Fällen sterben die Kranken im zweiten oder dritten Jahre der Dauer der Affection; doch sind Beispiele nicht selten, dass sich der Zustand und zwar in seinen äussersten und abschrekendsten Formen fast ein Jahrzehnt lang und noch länger hinschleppt.

III. Therapie.

Die Behandlung der progressiven Lähmung hat in frühen Perioden noch die Aufgabe, einen Versuch der Herstellung zu machen, in spätern muss man einen solchen zum Voraus als vergeblich bezeichnen und hat man nur nach Möglichkeit das Vorschreiten zu schwerern Graden zu hemmen, das tödtliche Ende hinauszuschieben und einzelne Beschwerden, lästige Zufälle und intercurrirende Affectionen zu behandeln.

Bei dem Versuch einer Radicalheilung wie bei der palliativen Behandlung muss zunächst auf alle Ursachen der Krankheit oder auf solche Umstände, welche sie zu unterhalten im Stande sind, die genaueste Aufmerksamkeit verwendet werden: besonders sind in dieser Beziehung die sexuellen Verhältnisse mit der grössten Wichtigkeit zu beachten und es ist bei Kranken dieser Art in den meisten Fällen eine vollständige Enthaltsamkeit, aber noch mehr eine Beherrschung der Phantasie Bedingung einer erfolgreichen Cur. In Betreff der Bewegung hat man sich nach dem Einfluss derselben auf die Symptome der Krankheit zu richten und lassen sich in dieser Beziehung absolute Regeln nicht geben. Nur soviel ist unter allen Umständen zu beachten, dass der Kranke niemals bis zur vollen Ermüdung gehe, dass er das Stehen nach Möglichkeit vermeide, auch das Reiten ist meistens unzuträglich.

Als Verfahrungsweise zur Radicalbehandlung früher Fälle kann eine vorsichtige innerliche Behandlung mit tonischen Mitteln, namentlich mit Eisen nüzlich sein und es sind in dieser Beziehung besonders die Curen mit schwachen Eisensäuerlingen, denen man auch vortheilhaft Milch zusezt, empfehlenswerth. Auch die China hat man dienlich gefunden. Da-

neben müssen ersazgebende Nahrungsmittel im richtigen Maasse angewandt werden. Auch ist es zwekmässig, beruhigende Mittel dazwischen zu gebrauchen. Besonders aber hat man sich vor allen Stimulantien, vornehmlich dem Strychnin, oder gar vor Mitteln zu hüten, welche auf die Geschlechtswerkzeuge erregend wirken sollen. — Von noch bedeutenderem Einflusse sind in der ersten Zeit der Krankheit äusserliche Mittel, vornehmlich Bäder, unter denen im Allgemeinen die mildern und beruhigenden, wie z. B. mässig warme Akratothermen (27° R. und darunter), milde Schwefelthermen, warme Soolbäder nüzlicher sind, als die heissen Thermen oder die kalten Bäder, die Seebäder, die Stahlbäder, die Moorbäder.

Bäder der lezteren Arten sind nur in Fällen, wo der Zustand sich bereits ermässigt hat, als eine Art von Nachcur und zur Befestigung der Herstellung rathsam. Wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass hin und wieder ein Kranker, der ohne Weiteres diese stärkern Mittel in Anwendung bringt, dadurch gebessert und geheilt wird, so ist ein solches Verfahren doch immer ein in hohem Grade riskirtes und die Fälle der Verschlimmerung durch eine solche Methode sind viel häufiger, als die der Besserung. Die Application von starken äussern Ableitungen auf den Rüken ist meist nicht nur nuzlos, sondern sogar verderblich. Ebenso hat man von der Electricität nur Nachtheile zu erwarten.

Die Verzögerung des Fortschritts der Krankheit wird hauptsächlich durch ein zwekmässiges diätetisches und den Umständen sich anpassendes Verfahren erzielt, wobei ähnliche Mittel, wie zur Radicalcur, und auch wohl zuweilen schon kräftigere Einwirkungen, wie namentlich warme eisenhaltige Soolbäder mit grossem Vortheil gebraucht werden können.

Man kann nicht selten Fälle sehen, wo durch den Gebrauch solcher Bäder im Sommer, verbunden mit der günstigen Einwirkung einer reinen Atmosphäre jedes Mal eine leichte Besserung erzielt wird, die freilich nicht nachhaltig ist, aber doch den Effect hat, dass die Krankheit Jahre lang auf derselben Stufe verbleibt; ebenso kann der Kranke eher einige reizende Genussmittel (Wein, Bier) sich erlauben. Eine zu starke Erregung sowohl durch innere, als äussere Mittel, durch alimentäre wie medicamentöse Stoffe muss aber auch bei der Palliativbehandlung durchaus vermieden werden.

Die Behandlung der besondern Zufälle und der intercurrenten Krankheiten hat nach ihrer Art zu geschehen und bedarf keiner weitern Auseinandersezung.

3. Stationäre Spinallähmungen.

Als stationäre Lähmungen kann man gewisse Formen der Spinalparalyse bezeichnen, indem bei ihnen zwar nicht ein absolutes Stehenbleiben, wohl aber im Gegensaz zu den einen unvermeidlichen Fortschritt zu ausgedehntterer und immer vollständiger werdender Lähmung zeigenden progressiven Paralysen eine Art von habituellem Zustande sich herstellt und nur dann die Erscheinungen eine weitere Ausbreitung und ein Fortschreiten zur örtlichen Verschlimmerung zeigen, wenn neue Processe im Rükenmark sich hinzugesellen. Es ist practisch von Wichtigkeit, diese Fälle von denen der progressiven Lähmung zu unterscheiden, weil beide in Betreff der Prognose, sowie in Beziehung auf die Therapie ganz verschieden beurtheilt werden müssen.

I. Die stationäre Lähmung kann in allen Altern vorkommen, hat zuweilen bestimmte Veranlassungen, vornehmlich Erkältungen, Verlezungen, Intoxicationen u. dergl., bricht aber in den meisten Fällen ohne eine nach-

weisbare gelegentliche Schädlichkeit aus. Geschlechtliche Excesse sind ohne alle Beziehung auf dieselbe. — Auch diese Lähmungen können ohne bemerkliche anatomische Veränderung im Rükenmark entstehen, aber sie hängen weit gewöhnlicher als die progressiven von solchen ab und sind das gemeinschaftliche Symptom aller Arten von chronischer Gewebszerstörung und chronischem Druk auf das Mark.

II. Die Entwiklung der stationären Lähmung kann je nach der Ursache und je nach den anatomischen Veränderungen, die sich im Rükenmark herstellen, eine plözliche, eine acute, oder eine allmälige und chronische sein und es dient diese Art des Beginns vornehmlich dazu, den der Lähmung zu Grunde liegenden Zustand im Rükenmark zu diagnosticiren, wenngleich aus diesem Momente keine vollkommen sichere Folgerungen gezogen werden können. Plözlich beginnt die Lähmung vornehmlich bei Apoplexieen, aber auch nach Verlezungen, Intoxicationen, zuweilen nach Erkältungen, ohne dass nothwendig in lezteren Fällen ein Bluterguss stattgefunden haben müsste. Die acute Entwiklung lässt am ehesten auf einen Exsudativprocess schliessen, wiewohl auch nicht anatomische Störungen im Rükenmark in acuter Weise zu Lähmungen führen können. Die chronisch sich entwikelnden stationären Lähmungen gehören am wenigsten blossen functionellen Affectionen an, sondern sind meist durch Druk oder Gewebszerstörung bedingt. Mag eine solche Lähmung acut oder chronisch sich entwikeln, so kommt sie in einer gewissen Zeit auf einer Stufe an, auf der sie in ziemlich gleichmässiger Weise fortbesteht; und zwar ist, wie in nicht wenigen Fällen nur eine unvollständige Lähmung, eine Abstumpfung des Empfindungsvermögens, eine Parese oder eine Contractur, in andern dagegen eine vollkommene Aufhebung, sei es der Muskelthätigkeit, sei es des Perceptionsvermögens in den befallenen Theilen zu bemerken. — Die stationäre Lähmung ist meist sehr scharf begrenzt und beschränkt sich zuweilen auf wenige, selbst auf einen einzigen Muskel, oder auf abgegrenzte Partieen der Haut. Nur in den Fällen, wo das Rükenmark an verschiedenen Stellen in verschiedenem Grade beeinträchtigt wird, sind die Grenzen der Lähmung verwaschen. Anästhesieen und motorische Lähmungen sind zwar häufig, aber nicht immer zugleich vorhanden. Meist zeigt sich die Lähmung gleichzeitig in den gleichnamigen Extremitäten, und zwar häufiger in den untern als in den obern. Viel seltener als bei der progressiven Lähmung nehmen Blase und Rectum Antheil. Eine kranke Stelle des Rükenmarks, welche eine stationäre Lähmung verursacht, kann zwar die Functionsunfähigkeit in allen unterhalb dieser Stelle abgehenden Nerven bedingen; aber es kann auch bei mässigerem Druke und beschränkterer Gewebszerstörung geschehen, dass nur diejenigen Körpertheile, welche von der beeinträchtigten Stelle aus ihre Nerven direct erhalten, die Lähmungserscheinungen zeigen, dass aber die Longitudinalleitung zwischen dem Centrum und dem unter der beeinträchtigten Stelle gelegenen Marke nicht unterbrochen ist, dass also z. B. bei Erkrankung des Cervicaltheils mit Lähmung der Arme die Beine keine oder nur sehr mässige Functionserschwerung zeigen. — Zitternde Bewegungen in den stationär gelähmten Theilen werden ziemlich selten beobachtet und sind in solchen Fällen meist

nur sehr geringfügig; dagegen sind Contracturen, sei es in den gelähmten Muskeln selbst, sei es in deren Antagonisten, sehr gewöhnlich. Sehr oft sind in dem Theile, welcher von der stationären Lähmung befallen ist, ebensowohl von motorischer, als von sensitiver, heftige Schmerzen bemerklich, die nicht selten so wenig sich verlieren, als die Lähmung selbst, vornehmlich wenn sie noch fortdauern, nachdem die leztere keine Intensitätsfortschritte mehr macht. In andern Fällen sind die Schmerzen dagegen nur in der Entwiklungsperiode der Lähmung vorhanden und hören auf, sobald diese complet oder doch stationär wird.

Cruveilhier nimmt an, dass solche schmerzhafte Lähmung vornehmlich von einem Druk auf das Mark, die schmerzlose dagegen von substantiellen Veränderungen des Marks selbst abhänge. Meist magert der Theil, der von einer stationären Lähmung befallen ist, in kurzer Zeit ab und contrastirt durch eine mangelhafte Ernährung mehr oder weniger mit dem übrigen Körper.

Die stationäre Lähmung hat an sich keine Neigung, sich auszubreiten. Da aber jede Störung im Rükenmark eine Schädlichkeit für die benachbarten Theile und für das ganze Mark ist und sich sehr häufig topische Ausbreitungen eines Krankheitsprocesses in diesem Organe herstellen, so können auch zu der stationären Lähmung einzelner Körpertheile sich weitere Paralysen hinzugesellen, wobei aber die Verbreitung nicht den regelmässigen Gang befolgt, wie solcher bei der progressiven Lähmung beobachtet wird.

III. Die Behandlung der stationären Lähmung gibt zwar gleichfalls nur geringe Aussichten auf Herstellung, aber doch weit grössere, als die der progressiven. Wenn im Allgemeinen dasselbe diätetische und medicamentöse Verfahren, wie gegen diese, erlaubt ist, so ist doch andererseits bei den stationären Lähmungen viel von einem eingreifenderen Verfahren, das bei jener unstatthaft ist, zu erwarten. Schröpfköpfe und Blutegel auf den Rüken, besonders auf solche Stellen, die als der Ausgangspunkt der Krankheit verdächtig sind, noch mehr aber starke Gegenreize, Brechweinsteinsalbe, Fontanellen und Glüheisen sind zuweilen von dem vollständigsten Erfolge. Auch auf die peripherischen Theile dürfen weit eher starke Reize angewandt werden: sehr warme allgemeine und locale Bäder, Dampfdouchen und eiskalte Douchen, Einreibungen von reizenden Mitteln, Eisen- und Schlammbäder, sowie die Electricität. Ebenso darf, wenn eine motorische Lähmung nicht vollständig ist, eine methodische Uebung, selbst bis an oder über die Grenzen der Ermüdung, mit den Theilen versucht werden, und sogar bei completer Lähmung unterstüzen ausdauernde passive Bewegungen bisweilen sehr die Cur.

4. Paralysis agitans.

I. Die Ursachen der Paralysis agitans sind sehr zweifelhaft. Meist lässt sich keine bestimmte Veranlassung auffinden; doch scheint es, dass chronische Alcoolvergiftung in manchen Fällen zu ihrer Entstehung mitwirke. Die Krankheitsform pflegt nur im vorgerükteren Alter vorzukommen.

II. Die Affection beginnt ganz allmälig und unmerklich mit einer der Selbstbeobachtung fast entgehenden Schwäche der Bewegungen und nament-

lich mit einer Neigung zum Zittern an Händen und Armen. Gewöhnlich kommen die Fälle erst im vorgerükteren Zustande zur Beobachtung, vornehmlich dann, wenn auch die Beine anfangen kraftlos zu werden und ihre zitternde Bewegung anhaltend wird. Das Zittern nimmt immer mehr zu und während es Anfangs nur bei besondern Anlässen eintritt, wird es nach Jahr und Tag habituell und verbreitet sich über den ganzen Körper. Oft wechselt das Zittern die Stelle und wandert. Nur durch starke Willensintention können die Zukungen einen Moment unterdrükt werden, fangen aber alsbald wieder an. Auch im Schlafe dauert das Zittern fort. Gleichzeitig nimmt die willkürliche Bewegungsfähigkeit und die Empfindlichkeit der Haut immer mehr ab. Active Bewegungen sind wenigstens an einzelnen Muskeln ganz unmöglich und oft bilden sich an ihnen Contracturen. Auch ist der Versuch einer passiven Bewegung nicht selten schmerzhaft. Allmälig kommt auch der Kopf in wakelnde Bewegung; der Kranke kann nicht mehr essen, sondern muss gefüttert werden; auch das Kauen ist schwierig. Blase und Rectum kommen in den Zustand der Atonie oder der Paralyse. Die unwillkürlichen Bewegungen können dabei so heftig werden, dass das Lager des Kranken dadurch erschüttert wird und dass die mit Gewalt aneinandergestossenen Innenflächen der Kniee entzündet, geschwürig und brandig werden. — Der Zustand, dessen wesentliche physiologische oder anatomische Ursache ganz unbekannt ist, dauert gewöhnlich das ganze Leben lang fort und es ist höchstens eine zeitweise Erleichterung desselben zu erwarten. Am Ende geht der Kranke durch eine intercurrente Affection oder unter soporösen Zufällen zu Grunde.

III. Die Behandlung ist von geringem Erfolge. Bäder bringen einige Erleichterung. Die örtliche Anwendung des Chloroforms war bei einem Kranken dieser Art nicht ohne Vortheil. Der Gebrauch tonischer Mittel, des Eisens, der China hat gleichfalls zuweilen Nuzen gehabt. Vornehmlich muss man für eine genügende Ernährung und dafür Sorge tragen, dass die Theile gegen die Stösse der Nachbartheile genügend geschüzt werden.

5. Toxische Paralysen.

Durch toxische Ursachen können alle Arten vom Rükenmark abhängiger paralytischer Formen eintreten und zwar entweder unmittelbar oder doch kurze Zeit nach der Incorporation der giftigen Substanz, oder erst nach Verfluss einer mehr oder weniger geraumen Zeit, wobei bald neue Ursachen auf das Individuum einwirken und die Paralyse determiniren, bald aber nichts der Art geschieht und die Paralyse sich gleichsam ganz spontan einstellt. (S. darüber Constitutionskrankheiten.)

II. ANATOMISCHE VERÄNDERUNGEN DES RÜKENMARKS UND SEINER HÄUTE.

A. ANOMALIEEN DER ENTWIKLUNG UND ERNÄHRUNG.

1. Unvollkommene Entwiklung und Ernährung.

I. Aetiologie.

Das angeborene Fehlen des Rükenmarks (Amyelie), wobei an der Stelle des Organs ein wasserhaltiger Sak die Knochenhöhle ausfüllt, ist eine Missbildung, welche die Frucht lebensunfähig macht. Häufig ist dabei der knöcherne Canal nicht geschlossen, sondern bildet eine Rinne, in welcher der wasserhaltige Sak liegt.

Die angeborene unvollkommene Entwiklung des Rükenmarks (Atelomyelie) fällt fast immer mit Offenbleiben der untersten Wirbelbogen zusammen. Es tritt eine Geschwulst in der Kreuzgegend vor, die mit Wasser gefüllt ist. S. Hydrorrhachis.

Erworbene Atrophie ist ein ziemlich häufiger Zustand, der im hohen Alter naturgemäss ist, besonders bei starkverkrümmten Individuen vorzukommen pflegt, ferner sich primär nach lang anhaltenden übermässigen Muskelanstrengungen, nach Geschlechtsausschweifungen, nach Convulsionen, bei lang dauernder Unthätigkeit der vom Rükenmark abhänggigen Theile, sei es durch Paralyse, sei es wegen Unfähigkeit zu Bewegungen aus peripherischen Ursachen einstellt; ferner secundär theils durch Druk von Geschwülsten, von Exsudaten, von Knochenauftreibungen, von Aneurysmen, von Parasiten, theils als Folgeprocess von Entzündungen, von Extravasaten an der Stelle selbst, theils endlich in Folge allgemeiner entkräftender und Marasmus bedingender acuter und chronischer Krankheiten zustandekommen kann.

II. Pathologie.

A. Die Atrophie des Rükenmarks ist annähernd total und gleichförmig vornehmlich bei dem mit Hirnatrophie zusammenfallenden senilen Markschwunde, aber auch zuweilen bei vorzeitigem Marasmus. Das Mark ist dabei zäh oder welk, von schmuziger Farbe, Verdikungen der Arachnoidea und seröse Ergüsse sind daneben vorhanden. — Häufiger ist die krankhafte Atrophie des Rükenmarks eine partielle und findet entweder an derjenigen Stelle statt, wo eine örtliche Ursache (z. B. vorausgegangene Entzündung, Druk) gewirkt hat. An solchen Stellen ist das Rükenmark bald abgeplattet, bald verschmälert, bald zäh und derb, bald erweicht, dabei gewöhnlich oberhalb der Stelle und zuweilen auch unter ihr angeschwollen. Oder aber es ist die Rükenmarksatrophie in den untersten Theilen am meisten entwikelt und nimmt nach oben zu ab: so namentlich in den Fällen, wo nach Anstrengungen und Geschlechtsexcessen die Atrophie entstanden ist. Dabei ist das Rükenmark meist etwas verkürzt, verschmälert und die Cauda equina hat eine etwas höhere Lage. Das Mark selbst ist bald gelblich und troken, zäh, bald von ziemlich normalem

Aussehen, bald erweicht. Diese Form der partiellen Atrophie ist übrigens oft nicht mit Sicherheit zu constatiren und ihre Annahme kann bei Vorhandensein von entsprechenden Symptomen nicht selten nur durch Vergleichung mit andern Rükenmarken gerechtfertigt werden. — Zuweilen zeigt das Rükenmark neben Atrophie einzelne oder mehrere knotige Anschwellungen.

Eine eigenthümliche Art der Atrophie einzelner Faserzüge des Rükenmarks bei Paralysen der Glieder aus cerebralen Ursachen hat Türck nachgewiesen, indem er fand, dass bei alten Krankheitsherden im Gehirn ein Faserzug, der seine Entartung durch die Anhäufung zahlreicher Körnchenzellen erkennen liess, von dem Grosshirnschenkel durch die gleichseitige Brükenhälfte und Pyramide an der Kreuzungsstelle der leztern auf die entgegengesezte Seite des Rükenmarks überzutreten und in diesem als hintere Hälfte des Seitenstranges bis gegen das untere Ende des Marks zu verlaufen pflegt.

B. Die Symptome der Atrophie des Rükenmarks treten seltener rein in die Erscheinung, sondern sind meist complicirt mit Symptomen von Druk und von Reizung. Das Bild, welches uns die ältere Zeit als Symptomencomplex der Tabes dorsualis überantwortet hat, ist namentlich nicht congruent mit den Erscheinungen, welche von Atrophie abhängen: es kann vorhanden sein, ohne dass Atrophie sich vorfindet, es kann fehlen bei Rükenmarksatrophie. Am häufigsten entsprechen jenem Symptomenbilde, d. h. der progressiven spinalen Lähmung die Fälle, in welchen die Atrophie von unten nach oben fortschreitet. — Die Fälle, wo eine partielle Atrophie von einer örtlichen Ursache an irgend einer Stelle des Verlaufs des Rükenmarks eintritt, geben sich durch keine andern Symptome kund, als durch solche, welche bei irgend welcher Erdrükung oder Zerstörung einer Markstelle sich zeigen und stimmen überein mit dem Symptomencomplex der auch unter andern Umständen eintretenden stationären Lähmung. — Die Fälle von totalem Schwinden des Rükenmarks, wie sie als seniler Involutionsprocess, auch wohl als vorzeitiger vorkommen, zeigen die Symptome der Rükenmarksschwäche mit beginnender Paralyse.

Das aus Paralysen der Glieder sich entwikelnde nachträgliche Atrophiren einzelner Faserzüge des Marks gibt sich durch nichts zu erkennen, bedingt aber die Unheilbarkeit der Paralyse, selbst in dem Falle, dass ihre ursprüngliche Ursache beseitigt werden kann.

III. Therapie.

Es ist wahrscheinlich, dass jede wahre Atrophie des Rükenmarks ein unheilbarer Zustand ist und es kann vermuthet werden, dass in den Fällen, wo man sie geheilt zu haben glaubt, andere Zustände mit ähnlichen Symptomen, z. B. chronische Hyperämieen, Extravasate, spinaler Hydrops, Entzündungen, oder auch immaterielle Störungen vorhanden gewesen waren.

Da aber eben die Unterscheidung dieser Zustände von der Atrophie niemals mit absoluter Gewissheit gemacht werden kann, so ist es räthlich, in einem Falle, bei welchem man mit Wahrscheinlichkeit auf Atrophie zu schliessen berechtigt ist, doch eher bei den Indicationen der Therapie einen andern, den Umständen nach möglichen und Heilung zulassenden Zustand sich zu sezen. In allen Fällen aber hat man dahin zu trachten, das weitere Fortschreiten der Atrophie, soweit das thunlich ist, zu verhindern oder zu verzögern. Die Mittel und Methoden, welche hiezu dienen, sind die gelinderen Applicationen, welche gegen Rükenmarksschwäche und progressive Paralyse namhaft gemacht sind, neben einer den Umständen angemessenen kräftigen Nahrung.

2. Hypertrophie.

Die Hypertrophie des Marks, welche sehr selten als totale, eher als partielle in Form einer beschränkten Anschwellung des Rükenmarks vorkommt, ist niemals während des Lebens diagnosticirt worden und ist daher auch kein im engern Sinne practischer Gegenstand.

B. DIE HYPERÄMIEEN DES RÜKENMARKS UND SEINER HÄUTE.

1. Acute Hyperämie.

Acute Hyperämieen des Rükenmarks und seiner Häute sind fast nur auf gewisse Symptome hin angenommen worden, nicht aber mit Bestimmtheit anatomisch zu erweisen. Man kann das Vorhandensein einer acuten Hyperämie vermuthen, wenn bei einem zuvor gesunden oder in anderer Weise kranken Individuum plözlich Lähmung oder Starrheit in beiden untern oder in allen vier Extremitäten eintritt, auch wohl heftige, aber nur kurzdauernde Convulsionen sich zeigen, dagegen das Bewusstsein und die höhern Sinne nicht beeinträchtigt erscheinen, keine toxische Ursache angenommen werden kann, auch die Beschaffenheit der Constitution und des Habitus eine nervöse Störung nicht wahrscheinlich macht, endlich in sehr kurzer Zeit die Zufälle wieder nachlassen und Herstellung eintritt. Vielleicht sind auch die Fälle, wo nach heftigen Convulsionen eine momentane Paraplegie beobachtet wird, in einer vorübergehenden Blutüberfüllung des Rükenmarks und seiner Häute begründet. — Man kann ferner vermuthen, dass eine Hyperämie des Rükenmarks und seiner Häute den Tod herbeigeführt hat, wenn nach einem kurzen Verlauf ähnlicher Zufälle keine andern Störungen in der Leiche gefunden werden, als einige Anschwellung des Rükenmarks, kleine Sugillationen in demselben oder in seinen Häuten, ungewöhnliche Blutüberfüllung der Venenplexus der Wirbelsäule, blutige Beimischung zur Spinalflüssigkeit.

Aber im einen wie im andern Falle ist der Schluss auf das Bestandenhaben einer Rükenmarkshyperämie immer nur ein wahrscheinlicher und weniger durch das Vorhandensein positiver Gründe, als vielmehr durch die Abwesenheit aller andern die Catastrophe erklärenden Vorgänge motivirt.

Bei solcher Zweifelhaftigkeit des Vorkommens der Rükenmarkshyperämie ist es unmöglich, irgend etwas Bestimmtes über deren Ursachen anzugeben; nur soviel kann hervorgehoben werden, dass die genannten Zufälle und die angegebenen Spuren anatomischer Störung sich am häufigsten bei Neugeborenen und in den ersten Wochen des Lebens finden, in andern Lebensaltern als ziemliche Seltenheiten vorkommen und wo sie sich zeigen, gewöhnlich von keiner bekannten Ursache abhängig erscheinen.

Eine Therapie der acuten Rükenmarkshyperämie ist streng genommen nicht statthaft; wo jedoch bei dringenden Symptomen der Verdacht einer Spinalhyperämie besteht, da dürfte die Application von Blutegeln in reichlichem Maasse längs der Wirbelsäule und vornehmlich an den Halstheil

derselben gesezt, die Anwendung von Gegenreizen und selbst, wenn sie wohlthätig wirken, von Eisüberschlägen über den Rüken vollkommen gerechtfertigt erscheinen.

2. Chronische Spinalhyperämie.

Die chronische Hyperämie des Rükenmarks und seiner Häute wird ebenfalls häufiger aus Symptomen und Umständen gefolgert, als anatomisch erwiesen; indessen ist ihre Existenz in ungleich sichrerer Weise wahrscheinlich zu machen, wenn nämlich bei gleichzeitigen Venenerweiterungen an andern Stellen des Körpers, bei inveterirtem Hämorrhoidalzustande, bei Menstruationsstörungen, bei Krankheiten des Herzens, bei Lungenemphysem, bei allgemeiner Plethora, bei anhaltend sizender Lebensweise in allmäliger Entwiklung Symptome oder Empfindungen von Schwere in den Gliedern, Schmerzen, Gefühl von Taubsein und Eingeschlafensein in den untern Extremitäten, Contracturen, Schwäche und incomplete Lähmungen in denselben, zuweilen auch solche in den obern Extremitäten sich ausbilden, dabei aber nach künstlichen oder natürlichen Blutverlusten sich auffallend bessern oder selbst auf längere Zeit verschwinden, ebenso nach Laxircuren, strengerer Diät, regelmässigerer Bewegung sich eine unzweifelhafte Besserung zeigt.

Aehnliche Zustände, gleichfalls auf chronischer Hyperämie beruhend scheinen zuweilen auch unter andern Umständen vorzukommen, welche im Durchschnitt schwerere und bedenklichere Störungen herbeizuführen pflegen, nämlich nach Geschlechtsausschweifungen, und das Criterium für die Wahrscheinlichkeit einer blossen chronischen Blutüberfüllung in solchen Fällen besteht in den Schwankungen der Symptome und zwar in dem Besserwerden derselben bei körperlicher Thätigkeit, bei Anwendung von Blutentziehungen oder von Kälte. Es ist von practischem Werthe, auf solche nicht ganz selten vorkommende Fälle aufmerksam zu machen, weil Viele so gern geneigt sind, der vorangegangenen Ursachen wegen die vermeintliche Schwäche mit reizenden und tonischen Mitteln zu behandeln.

Die chronische Hyperämie des Rükenmarks und seiner Häute wird hauptsächlich durch die Beseitigung und Ermässigung der ursächlichen Verhältnisse bekämpft; ferner durch Blutentziehungen, kühle Bäder und Ausleerungen aus dem Darme.

C. SPINALAPOPLEXIE.

I. Aetiologie.

Der Austritt von Blut im Rükenmark und in seinen Häuten kann veranlasst werden durch mechanische Einwirkungen, einen Stoss, einen Fall, eine sonstige Erschütterung, bei Neugeborenen durch eine sehr verlängerte und schwere Geburt; er wird aber auch durch unbedeutendere Einflüsse herbeigeführt, wie es scheint, durch plözliche Erkältungen, durch heftige Gemüthsbewegungen, und zuweilen lässt sich keine irgend genügende Ursache für das Ereigniss auffinden.

Der hämorrhagische Erguss kann stattfinden:

a) zwischen Dura und Knochen;

b) in die membranöse Hülle, die das Mark umgibt, wobei gewöhnlich das Blut in derselben weit verbreitet ist und in den untersten Partieen sich ansammelt;

c) in dem Marke selbst und vorzüglich in seiner grauen Substanz, welche stellenweise in einen blutigen Brei verwandelt ist, wobei jedoch meist die weisse Substanz mit an der Zerstörung participirt.

Jede Stelle im Wirbelcanal kann der Siz des Blutextravasats werden, jedoch findet sich dasselbe am häufigsten in dem Hals- und Lendentheil der Wirbelsäule.



Die Fälle, bei welchen das Extravasat anatomisch nachgewiesen wurde, sind nicht zahlreich genug, um den Gang der Rükbildung und die verschiedenen Eventualitäten, welche sich dabei begeben, genau bestimmen zu können und überhaupt dürften die Fälle, bei welchen nach muthmaasslichem Extravasat das Leben erhalten bleibt und selbst annähernde oder vollständige Genesung eintritt, bei Weitem das numerische Uebergewicht über diejenigen haben, bei denen das tödtliche Ende einen anatomischen Nachweis zulässt.

II. Pathologie.

Mässige Extravasate sind unzweifelhaft ohne alle oder doch ohne deutliche Symptome und man findet nicht selten petechiale Fleke in den Rükenmarkshäuten, ja selbst kleine Extravasate im Marke bei Individuen, welche während des Lebens keine Störung dieser Theile verriethen.

Erheblichere Grade der Apoplexie geben sich zunächst durch die Plözlichkeit der Störung in den unterhalb der Hämorrhagie abgehenden Nerven zu erkennen, nämlich durch mehr oder weniger verbreitetes Pelzigsein, Empfindungslosigkeit oder Ameisenkriechen, motorische Lähmung oder Schwäche, seltener Convulsionen oder Contracturen, oft auch durch plözlich eintretende Schmerzempfindungen an der Wirbelsäule selbst, welche jedoch nicht nothwendig der Stelle des ausgetretenen Bluts entsprechen.

Im Momente selbst ist die Diagnose meist nicht sicher; sie wird es erst, wenn die Suspension der Empfindung und der Bewegung sich erhält oder vollkommener wird. Gewöhnlich zeigt sich sofort auch eine Erschwerung in der Harnexcretion und in der Stuhlentleerung oder selbst eine so vollständige Paralyse der Blasen- und Rectummusculatur, dass der Harn nur durch den Catheter, die Fäces nicht einmal durch Klystire, sondern nur durch mechanisches Ausräumen des Rectums zu entleeren sind. Dabei ist zuweilen die Rectumsschleimhaut vollkommen unempfindlich und der Kranke fühlt die eingeführten Finger nicht; auch steht der Anus zuweilen offen und es kann geschehen, dass ohne Bemerken des Kranken und bei vollem Bewusstsein desselben dünnes Secret oder selbst dike Fäcalstüke aus dem Darm austreten. Im weitern Verlauf tritt eine grosse Neigung zu Drukhyperämieen, Excoriationen, Verschwärungen und Brand ein, welcher leztere oft einen grossen Umfang gewinnt und in weiter Ausdehnung und beträchtlicher Tiefe die Stellen des Gesässes, der Schenkel, der Haken, zuweilen auch andere Stellen, welche gedrükt werden, zerstört. — Fieber pflegt sich gewöhnlich nicht einzustellen, wenn dasselbe nicht durch andere Umstände, durch den brandigen Decubitus, durch hinzutretende Pneumon-

ieen bedingt wird. Dagegen ist bei hochgelegenen Apoplexieen oft eine mehr oder weniger beträchtliche Erschwerung der Respiration zu bemerken; auch stellen sich Catarrhe des Darms ein von mehr oder weniger heftigen Graden und meist von grosser Lentescenz.

Der Siz des Extravasats zwischen Dura und Knochen, im Arachnoidealsake oder in dem Marke selbst bedingt keine wesentlichen Verschiedenheiten in dem Symptomencomplexe. Doch ist im Allgemeinen die Blutung unter der Dura gewöhnlich die symptomenärmste, die Blutung in den Arachnoidealsak gibt weniger bestimmt localisirte Symptome und bedingt eine weniger vollständige Lähmung; bei der Apoplexie des Marks selbst ist die Grenze zwischen nicht afficirten und gelähmten Partieen am vollkommensten und die Lähmung ist gewöhnlich complet.

Die Symptome sind überdem verschieden je nach dem Punkte, an welchem das Rükenmark durch das Extravasat beeinträchtigt wird, sei es, dass das Blut im Marke selbst ausgetreten ist oder auf dasselbe drükt. Die Verhältnisse der Ausbreitung der Symptome sind dabei nicht anders als bei jeder andern Beeinträchtigung des Marks durch Druk oder Zerstörung.

Die Symptome der Apoplexie können mehr oder weniger lange ohne Veränderung fortdauern. Wenn eine Besserung eintritt, so erfolgt diese sehr allmälig. Die Herstellung kann vollständig werden, doch bleiben meist an einzelnen Stellen Schwäche oder Lähmungen zurük, welche von da ab in habitueller Weise verharren oder auch nachträglich aufs Neue zunehmen. Die Besserung kann in jedem Momente unterbrochen werden durch Hinzutreten einer neuen Apoplexie, einer Spinalmeningitis oder am häufigsten einer Erweichung des Marks, welche secundäre Processe ihrerseits entweder nur die Herstellung erschweren oder ein Verharren in einem wieder verschlimmerten Zustande bedingen oder aber selbst zum Tode führen. Ausserdem kann der Tod herbeigeführt werden durch den brandigen Decubitus und durch andere hinzutretende Affectionen, sei es im Gehirn, sei es in den Lungen oder in andern Eingeweiden.

III. Therapie.

Die Therapie des hämorrhagischen Extravasats in der Wirbelsäule hat zu bestehen unmittelbar nach dem Anfalle in der Anwendung von Blutegeln an diejenige Stelle des Rükgrats, welche entweder durch die localen Schmerzen als erkrankte sich verräth oder welche nach der Ausbreitung der Lähmung als Siz des Ergusses vermuthet werden muss. Eine Eisblase kann gleichfalls in ganz frischen Fällen nüzlich sein. — Auch in den folgenden Tagen kann man zuweilen durch Anwendung von Blutegeln noch vortheilhaft wirken, wiewohl diese Methode um so mehr, je längere Zeit nach dem Anfalle vorübergegangen ist, auf solche Fälle beschränkt werden muss, bei welchen erheblicher Schmerz oder allgemeiner Blutreichthum vorhanden ist.

Sofort tritt ein exspectatives Verfahren ein, bei welchem vornehmlich auf zwekmässige Lagerung des Kranken, möglichste Verhütung des Decubitus und Behandlung desselben, auf mässige leichte Diät, Berüksichtigung der gastrischen Catarrhe, zeitige und genügende Entfernung der Fäces aus dem Darme, regelmässige Entleerung des Harns und weiterhin auf Erhaltung der Kräfte Rüksicht zu nehmen ist und wobei jede neue Steigerung der Schmerzen, sei es am Rükgrate selbst, sei es in den Gliedern, jedes Zeichen einer vermehrten Aufregung und einer Unruhe in den von den

betroffenen und ihnen benachbarten Marktheilen ausgehenden Nerven eine Rükkehr zum antiphlogistischen Verfahren veranlassen muss.

Erst in späterer Zeit dürfen vorsichtige Versuche mit resorbirenden Mitteln, namentlich zunächst mit Bädern, denen immer mehr salzige und selbst reizende Beimischungen zugefügt werden können, sodann auch mit innerlichen Mitteln vorgenommen und darf zu methodischer mässiger Uebung, passiver Bewegung und der Anwendung peripherischer Reizmittel, wie solche bei den Lähmungen nach Hirnapoplexieen von Nuzen sind, geschritten werden. Hierbei ist die genaueste Beachtung jedes wiederkehrenden Reizzustandes nothwendig, indem in solchem Falle sogleich ein beruhigendes und antiphlogistisches Verfahren mindestens vorübergehend an die Stelle zu treten hat.

D. DIE VERMEHRUNG DER SPINALFLÜSSIGKEIT.

1. Die angeborene Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit (angeborene Hydrorrhachis, Spina bifida).

I. Die Spina bifida oder angeborene Hydrorrhachis ist ein Fehler der ersten Bildung, dessen Ursachen unbekannt sind und der auf dieselbe Weise zustandekommt, wie der angeborene Hydrocephalus und oft mit demselben combinirt ist. Es ist bemerkenswerth, dass das Uebel zuweilen in Familien einheimisch ist.

II. Die Flüssigkeit des Raums zwischen Arachnoidea und Pia ist in verschiedener Menge vermehrt und beträgt von einigen Unzen bis zu mehreren Pfunden, wobei sie entweder wie im Normalzustande mit der Flüssigkeit in den alsdann gleichfalls ausgedehnten Ventrikelräumen des Gehirns communicirt, oder aber durch eine zellige Membran von den Ventrikeln und dem Gehirn abgeschlossen ist. Die Flüssigkeit kann klar sein und vollkommen die Beschaffenheit des normalen Cerebrospinalfluidums zeigen; in vielen Fällen ist sie aber ohne Zweifel in Folge secundärer Processe (Entzündung, Berstung von Gefässen) glutinös, gelblich, eiterig, blutig, jauchig.

Diese Vermehrung der Flüssigkeit wirkt einerseits und in allen zur Beobachtung kommenden Fällen auf die Bildung der Wirbel, andererseits meist auf das Rükenmark. Die Wirbel und zwar am häufigsten die Sacral- und Lumbal-, zuweilen die untern Dorsal-, seltener die Cervicalwirbel und am seltensten die sämmtlichen Wirbel werden in ihrer Bildung gehemmt und es werden entweder zwar die beiden Bogenhälften ausgebildet, aber die Dornfortsäze mangeln, die Bogenhälften berühren sich nicht und es befindet sich zwischen ihnen eine Lüke, oder der Bogen fehlt ganz, oder endlich in den seltensten Fällen fehlt auch ein Theil des Körpers des Wirbels und dieser erscheint in zwei Theile gespalten. An der vorhandenen Lüke tritt die meist sehr verdünnte Dura und die ausgedehnte Arachnoidea, nur bedekt mit der Cutis vor. Es entsteht dadurch eine Ausbuchtung an der Oberfläche des Rükens, welche eine kaum merkliche Erhabenheit bis zu einem Sake von beträchtlicher Grösse darstellen kann, am häufigsten das Volumen eines Hühnereies und eine längliche Form zeigt, bald flach ist, bald eine Einschnürung an der Basis bildet, selten gestielt erscheint. Ihr Inhalt, welcher der Hauptsache nach aus der oben beschriebenen Flüssigkeit besteht, communicirt mit dem übrigen innerhalb der Wirbelsäule befindlichen subarachnoidealen Spinalfluidum. — Das Rükenmark und die Nerven, die von ihm entspringen, sind in den mässigsten Fällen der Hydrorrhachis gar nicht beeinträchtigt und verändert. In vielen Fällen ist dagegen das Rükenmark flach und platt gedrükt, zuweilen nebst einer Anzahl Nervenfäden (oder auch leztere allein) mit der Arachnoidea prolabirt und mit ihr verwachsen, so dass

In dem Sake eine Partie des Marks, sowie die Nerven der Cauda equina enthalten sind. Es kann aber auch das Rükenmark in verschiedenem Grade in seiner Entwiklung durch die Hydrorrhachis nothleiden; selten besteht die Hemmungsbildung desselben darin, dass der fötale Markcanal sich erhält. In schweren Fällen fehlt das Rükenmark theilweise oder selbst seiner ganzen Länge nach, sei es, dass es von Anfang an nicht ausgebildet, oder aber, dass es durch die Anomalie der Cerebrospinalflüssigkeit selbst zertrümmert und consumirt wurde; im leztern Falle finden sich zuweilen Trümmer des Marks dem Inhalte des Sakes beigemischt. Die Nerven pflegen bei dem Defecte des Rükenmarks an der Innenseite der Arachnoidea zu enden.

Während des Lebens bemerkt man an einer Stelle des Rükgrats eine elastische, meist schmerzlose, halbkuglige oder birnförmige Erhabenheit oder Geschwulst, die selbst Kindskopfgrösse und mehr erreichen kann. Wenn sie gross ist, ist sie zuweilen etwas durchscheinend. An ihrer Basis fühlt man die Knochenränder. Sie vergrössert sich beim Ausathmen, bei allen starken Anstrengungen, beim Pressen des Kindes; sie verkleinert sich beim Einathmen. Die Geschwulst lässt sich zuweilen reponiren, bringt aber dann gewöhnlich Symptome vom Rükenmark oder Erscheinungen von Hirndruk hervor; auch bemerkt man zuweilen bei ihrer Reposition ein Anschwellen der Fontanellen.

Zuweilen hat dieser Zustand, wenn er mässig entwikelt ist, keinen Einfluss auf den übrigen Körper; meist aber sind die untern Extremitäten gelähmt, mager und kalt, auch Blase und Darm sind häufig gelähmt; häufig sind Convulsionen vorhanden.

Die Geschwulst pflegt zu wachsen, während die Kinder meist immer elender werden und gewöhnlich bald zu Grunde gehen. Erhalten sie sich länger, so können die Bedekungen sich verdünnen, die Geschwulst kann bläulich-röthlich werden und zulezt aufbrechen. Nach diesem Durchbruch treten gewöhnlich Convulsionen ein und meist ein rascher Tod, selten Heilung. Zuweilen geschieht das Plazen auch durch irgend einen Zufall, eine Gewaltthätigkeit, ja selbst zuweilen schon im Mutterleib oder unter der Geburt, in welchen Fällen augenbliklicher Tod sichere Folge ist. — Selten erreicht ein Individuum mit Hydrorrhachis ein Alter von einigen Jahren und noch seltener gelangt es bis in den erwachsenen Zustand.

III. Die Therapie ist in den meisten Fällen, zumal in allen höhergradigen und in allen denen, welche mit Markaffection combinirt sind, vergeblich; nur die mässigsten Grade und solche, in welchen das Rükenmark von der Geschwulst nicht nothgelitten hat, lassen eine Therapie zu, welche nur in mechanischen Hilfen bestehen kann: in sehr vorsichtiger Compression, soweit dadurch keine Zufälle hervorgerufen werden, in gleichfalls vorsichtiger Punction, welche mehrmals wiederholt werden muss, um allmälig und in Zwischenräumen die Flüssigkeit austreten zu lassen, in Exstirpation des Saks, wenn ein Druk auf denselben keine Rükenmarkssymptome hervorruft und somit eine Abschliessung der Geschwulst von dem Canale zu erwarten ist.

Vergl. über Spina bifida und Hydrorrhachis congenita: Murray (1779 Progr. spinae bifidae ex mala ossium conformatione), Cappel (1793 de spina bifida), A. Cooper (1811 Med. chirurg. transactions II. 322), Förster (1820 de spina bifida), Möckel (1822 de hydrorrhachitide), Pickford (1843 Archiv für physiolog. Heilkunde II. 334) und die Handbücher über pathologische Anatomie und über Chirurgie.

2. Die acquirirte Vermehrung der Spinalflüssigkeit (Hydrops spinalis acquisitus).

I. Die acquirirte Vermehrung der Spinalflüssigkeit hängt in vielen Fällen mit der Vermehrung der Flüssigkeit in den Hirnventrikeln, mit dem Hydrocephalus zusammen, und da in diesen Fällen die Erscheinungen vom Rükenmark die untergeordneteren sind, so ist es zwekmässiger, dieses Vorkommen bei den Gehirnkrankheiten mit zu berüksichtigen.

Allein es zeigen sich auch Fälle, in welchen bei einer Vermehrung der Flüssigkeit im Subarachnoidealraume des Rükenmarks die Zufälle auf das Mark beschränkt bleiben, sei es, dass die Communication mit der Subarachnoidealflüssigkeit des Gehirns auf irgend eine Weise unterbrochen ist, sei es, dass im Wirbelcanal selbst Verhältnisse vorhanden sind, in Folge welcher die Ansammlung der vermehrten Flüssigkeit auf diesen sich beschränkt.

Die Vermehrung der Subarachnoidealflüssigkeit des Rükenmarks kommt zustande:

durch Hyperämieen der Pia: chronische, acute und höchst acute Fälle;

als begleitendes Product bei der Herstellung von Bildungen im Marke und in seinen Häuten: Tuberkel, Krebse etc. — gewöhnlich chronische Fälle;

in Folge des Schwundes des Rükenmarks: chronische Fälle;

in Folge allgemeiner Wassersucht: ziemlich seltene und chronische Fälle;

vielleicht in Folge mancher schwerer allgemeiner Krankheiten, vornehmlich des Typhus;

als zweifelhafte Aetiologie ist das Erscheinen eines Hydrops spinalis nach Verschwinden von Hautausschlägen, von Oedemen und Ergüssen in serösen Häuten anzusehen.

Die Aetiologie des Hydrops spinalis ist um so weniger in exacter Weise anzugeben, als die an und für sich nicht sehr häufig vorkommende Krankheit meist unter complicirten Verhältnissen auftritt, wo sie heilt, Zweifel über die Diagnose lässt und selbst beim Todesfalle die Bestimmung einer mässig excedirenden Quantität der Flüssigkeit viele Schwierigkeiten hat. Am unzweifelhaftesten sind in anatomischer Beziehung die Fälle, wo neben geschwundenem Rükenmark der subarachnoideale Raum mit Wasser gefüllt ist; aber auch in solchen Fällen steht es dahin, ob das Austreten von Flüssigkeit der primäre Process war und das Rükenmark zum Schwunde gebracht hat, oder ob umgekehrt in Folge eines Schwindens des Marks der verbleibende Raum mit Flüssigkeit sich ausfüllte. — Ebenso lassen in vielen Fällen die Wasserergüsse, welche andere Producte begleiten, keinen Zweifel über ihre Existenz zu. Aber sie sind symptomatisch nur mit Unsicherheit zu verwerthen, da sich nicht feststellen lässt, wieweit die Erscheinungen von dem wesentlichen Producte und wieweit von der begleitenden wässerigen Exsudation abhängen. — Die wichtigsten Fälle von acquirirtem Hydrops spinalis sind diejenigen, welche in acuter oder chronischer Weise durch mässige Hyperämieen der Pia bedingt werden. Aber gerade diese sind Fälle, in welchen der anatomische Zustand nicht bis zur Evidenz ausgemittelt werden kann. Selbst in Todesfällen lässt sich meist darüber streiten, ob mit Recht eine Vermehrung der Spinalflüssigkeit angenommen werden darf, und in den nicht seltenen Fällen, wo ein solcher Zustand den Symptomen nach während des Lebens vermuthet wird und Heilung erfolgt, lässt sich ohnediess die Diagnose nicht ausser jeden Zweifel sezen. Man hat ein annäherndes Recht, einen solchen durch Blutüberfüllung der Gefässe hervorgebrachten Hydrops spinalis anzunehmen, wenn in acuter oder subacuter, aber nicht plözlicher Weise Lähmungserscheinungen bei Individuen eintreten, bei welchen aus irgend welchen Gründen eine Geneigtheit zu protrahirten Stasen erwartet werden kann (z. B. bei gleichzeitigen Hämorrhoidalhyperämieen, bei Herzkranken, bei anhaltend sizender Lebensweise), oder wenn eine acut entstandene Hyperämie den Umständen nach als wahrscheinlicher Vorläufer der

Lähmung erscheint (z. B. bei Lähmungen, die sich ausbilden nach wenigtägigen mässigen Beschwerden vom Rükenmark, vornehmlich wenn leztere auf eine unbestimmte Ursache, eine Erkältung, einen Fall, eine Ueberanstrengung in stetiger Zunahme sich entwikelt hatten). Die Wahrscheinlichkeit für die Annahme eines durch Hyperämie eingeleiteten Hydrops wächst, wenn die Behandlung einen raschen Erfolg hat oder wenn die Lähmungen nach wenigen Wochen ihres Bestehens sich schon wieder spontan verlieren, während eine noch ephemerere Paralyse, die schon nach einigen Tagen wieder verschwindet, das Vorhandengewesensein eines Hydrops weit unwahrscheinlicher macht und eher einer einfachen, sehr gesteigerten Blutüberfüllung zugeschrieben werden darf. Wenn die angegebenen Verhältnisse als Anhaltspunkte für die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines congestiven Hydrops spinalis angesehen werden können, so soll damit nicht gesagt sein, dass nicht auch in manchen unter andern Verhältnissen eintretenden Lähmungserscheinungen die anatomische Störung sich auf Vermehrung der Spinalflüssigkeit beschränken und diese Vermehrung durch eine Stase in der Pia herbeigeführt sein kann. In vielen Fällen ist, wenn ein durch Hyperämie entstandener Hydrops zur Section kommt, die Blutüberfüllung der Gefässe längst verschwunden; allein man kann alsdann an gewissen zurükgebliebenen Nebenresultaten der Stase, namentlich an stellenweiser Verdikung der Häute, Verwachsungen derselben, ungewöhnlicher stellenweiser Dilatation der Gefässe noch erkennen, dass daselbst früher eine capilläre Blutanhäufung stattgefunden haben muss. — Zuweilen beobachtet man als Nachkrankheit des Typhus, des Scharlachs, der Poken etc. spinale Lähmungen, welche wenigstens hin und wieder von einer Wasservermehrung im Rükenmark abzuhängen scheinen. Denselben Zustand darf man vermuthen, wenn bei Wassersüchtigen allmälig Lähmungen sich entwikeln. — Endlich kommen Fälle vor, wo nach dem plözlichen Verschwinden eines acuten oder chronischen Exanthems oder auch nach einer intensiven Erkältung der erhizten Haut sehr rasch eine Paraplegie sich einstellt und es ist nicht unwahrscheinlich, dass wenn nicht in allen, doch in vielen Fällen dieser Art der Grund der Paraplegie in einer Wasservermehrung im Subarachnoidealraum liegt.

II. Die Menge der Flüssigkeit beim acquirirten Hydrops spinalis ist selten beträchtlich; aber sie kann bei der Schwierigkeit der Untersuchung nicht in Zahlen ausgedrükt werden. Die Flüssigkeit scheint vornehmlich die untersten Theile des Canals einzunehmen und gewöhnlich durch Adhäsivprocesse an der Communication mit den Ventrikelhöhlen des Gehirns verhindert zu sein. In Betreff ihrer Beschaffenheit kann die in vermehrter Menge vorhandene Flüssigkeit vollkommen mit dem normalen Cerebrospinalfluidum übereinstimmen, doch pflegt sie häufig getrübt, zuweilen blutig tingirt zu sein. Auf das Mark und die Nerven der Cauda equina wirkt sie durch Druk und durch Maceration; dasselbe erscheint bald verkürzt, bald platt gedrükt, bald zäh, bald erweicht und oft missfarbig. In den Häuten findet man gewöhnlich Spuren von frühern plastischen Exsudationen.

Die Symptome des acquirirten Hydrops spinalis sind die der Paraplegie in verschiedenem Grade und in verschiedener Ausdehnung und zwar bald in der Art stationärer, bald in der Art progressiver Lähmung. Es kann dabei geschehen, dass die Erscheinungen der Lähmung mit einer ziemlichen Acuität, in wenigen Wochen, selbst Tagen bis zu einem erheblichen Grade sich ausbilden, ja bis zur fast vollkommenen Lähmung der untern Extremitäten und meist auch einer beträchtlichen Schwächung der Blasen- und Rectumsmusculatur gehen. Sogar eine plözlich, apoplexieartig oder doch in wenigen Stunden eintretende Paraplegie scheint bei einem Hydrops vorkommen zu können, wenn derselbe durch bedeutende Ursachen, namentlich unter der Mitwirkung einer intensiven und rasch sich entwikelnden Stase zustandekommt. — Andererseits kann die von Hydrops abhängige Lähmung auch in sehr allmäliger und chronischer Entwiklung sich ausbilden,

vornehmlich in dem Falle, wo neben andersartigen langsam wachsenden Producten wässerige Exsudation erfolgt.

Die von acquirirtem Hydrops spinalis abhängende Paraplegie ist häufiger eine unvollkommene; jedoch nähert sie sich gewöhnlich mehr der vollkommenen Lähmung, als der blossen Schwächung der Theile. Gemeiniglich ist die motorische Lähmung vorwiegend und die Verminderung der Empfindung in weit geringerem Maasse vorhanden; ja es kann die Sensibilität selbst vollkommen erhalten bleiben, während der Einfluss des Willens auf die Muskelbewegungen fast gänzlich aufgehoben ist. Contracturen höhern Grades sind bei einem Hydrops spinalis selten vorhanden; doch ist zuweilen in einzelnen Muskelpartieen eine Spannung bemerklich. Die Paralyse ist in den meisten Fällen nicht vollkommen gleichförmig auf beiden Seiten vorgeschritten und selbst einzelne Muskel der gelähmten Glieder zeigen zuweilen noch eine auffallende Functionsfähigkeit, was ohne Zweifel davon abhängt, dass der Druk und die Maceration der Nervenfasern einzelne mehr trifft als andere.

Das Fortschreiten, Stationärbleiben oder die Verminderung und das Verschwinden der Lähmung hängt von dem Verhalten der Flüssigkeit ab, die Verschlimmerungen überdem auch noch von den weitern Veränderungen, die sich im Mark in Folge des Druks und der Maceration durch die Flüssigkeit einstellen (Schwund, Erweichung).

Convulsionen und tetanische Starrheit kommen bei dem Hydrops spinalis an sich nicht vor, ausser wenn derselbe acutissime auftritt: dagegen können sie von begleitenden Störungen hervorgebracht werden. — Zuweilen kommen Fälle vor, in welchen zwar eine unvollkommene Paraplegie der untern Theile sich ausbildet, aber wo in noch weit höherem Grade die obern Extremitäten functionsunfähig und dabei zuweilen ausserordentlich schmerzhaft sind. In solchen Fällen kann man vermuthen, dass ein Hydrops spinalis die untern Partieen des Canals einnimmt, zugleich aber in dem Cervicaltheile feste Exsudationen stattgefunden haben, welche in chronischer Weise fortbestehen, aber nicht so bedeutend sind, dass sie die longitudinale Leitung durch die Stelle aufheben. Entweder war die Entzündung des Cervicaltheils der primäre Process, welcher nachträglich einen Hydrops herbeigeführt hat, oder hatte eine verbreitete Affection der Pia einerseits im untern, andererseits im obern Theile des Rükenmarksstranges sich fixirt, im erstern flüssige, in lezterem plastische Exsudationen sezend. Man sieht alsdann bei dem Wiederverschwinden des Hydrops die Beweglichkeit der untern Extremitäten sich vollkommen herstellen, während die Erscheinungen in den Armen fortdauern, sich gar nicht bessern, oder doch weit langsamer der Heilung zuschreiten.

III. Die Zweifelhaftigkeit der Diagnose des Hydrops spinalis in allen den Fällen, die nicht tödtlich enden, macht es unmöglich, irgend etwas Sicheres und Thatsächliches in Beziehung auf seine Therapie festzustellen. Es ist wahrscheinlich, dass manche dieser Fälle wieder heilen, allein in hohem Grade zweifelhaft, welche therapeutische Einflüsse hiezu beizutragen vermögen. Ob namentlich Diuretica, Purganzen und sogen. resorbirend wirkende Mittel von Einfluss auf die abnorm vermehrte Cerebrospinalflüssigkeit sind, ist sehr ungewiss. Es ist daher in Fällen, wo man diese anatomische Störung zu vermuthen oder anzunehmen berechtigt ist, doch wohl nur ein symptomatisches Verfahren zulässig, indem man die Wiederverminderung der Flüssigkeit von der Zeit erwarten mag und nur dafür zu sorgen hat, dass die einzelnen davon abhängigen Störungen, namentlich die Paraplegieen nicht durch sich selbst und durch ihre lange Dauer einen habitu-

ellen Zustand gewinnen. — Nur in den Fällen, in welchen die Lähmungen unter den Symptomen, welche einer Entzündung ähnlich sind, auftreten, dürfte eine Cur durch Blutentziehungen oder starke Gegenreize, in den Fällen aber, in welchen eine bestimmt behandelbare Ursache den Zustand herbeiführte und unterhält, eine energische Causalcur einzuleiten sein.

E. ENTZÜNDUNGEN.

1. Myelitis.

I. Aetiologie.

Man hat die Myelitis, welche jedoch immer zu den selteneren Krankheitsformen gehört, in allen Altern beobachtet, obwohl bei der Schwierigkeit der anatomischen Begrenzung der Affection und der Unterscheidung derselben von andersartigen Störungen, namentlich hämorrhagischen Erweichungen die Angaben mancher Beobachter zweifelhaft bleiben. So sind die oft im Greisenalter vorgefundenen Erweichungen wahrscheinlich nicht auf Myelitis zu beziehen und bei kleinen Kindern ist wegen der normal weichen und blutreichen Beschaffenheit des Rükenmarks die anatomische Diagnose selbst an der Leiche immer schwierig. Es scheint, dass im Allgemeinen die Myelitis in dem Alter vom 20sten bis 40sten Jahre am häufigsten vorkommt.

Die Myelitis tritt am häufigsten nach Verlezungen ein, aber auch Erkältungen, Ueberanstrengungen scheinen sie bedingen zu können. Man will sie auch nach vorausgegangenen Rheumatismen beobachtet haben. Zuweilen ist die Myelitis secundär und folgt einer Verlezung oder Caries, syphilitischen Exostose der Wirbel. Zweifelhafter ist ihr Eintreten nach Neuralgieen.

II. Pathologie.

A. Die Myelitis ist in den meisten Fällen nur auf eine Stelle des Marks beschränkt, welche jedoch gewöhnlich eine Ausdehnung von mehr als einem Zoll hat. Die Veränderungen scheinen in der grauen Substanz zu beginnen. Zuweilen findet man die Störungen nur auf die vordern Stränge, selten nur auf die hintern, zuweilen nur auf die oberflächlichsten Schichten des Marks beschränkt.

Eine Blutüberfüllung, punkt- und flekenförmige Ecchymosirung, diffuse röthliche Färbung der kranken Stelle ist zumal in frischen Fällen meistens beobachtet und es ist fraglich, ob bei Abwesenheit dieser Veränderungen in einem Falle von kurzer Dauer die Annahme einer Myelitis berechtigt sei. Die Färbung ist gemeiniglich in der grauen Substanz am stärksten und kann in dieser, wie in der weissen von den leichtesten Graden bis zum dunkeln Braunroth alle Nüancen zeigen. Daneben bemerkt man eine grössere Weichheit und Brüchigkeit des Marks und wiederum kann angenommen werden, dass in nicht zu alten Fällen bei Abwesenheit dieser Consistenzverminderung eine Entzündung nicht zuzugeben sei.

Die Erweichung kann alle Grade haben bis zur vollständigen Auflösung der Markstelle in einen Brei und dadurch bewerkstelligter Trennung des Rükenmarks in zwei Stüke; sie ist gleichfalls zuweilen nur auf eine Substanz und zwar vornehmlich auf

die graue beschränkt (centrale Erweichung). Nicht selten findet man die erweichte Substanz zugleich an Volumen vermindert und in einzelnen Fällen will man ein gänzliches Verschwinden der grauen Substanz und die Herstellung einer mit seröser Flüssigkeit gefüllten Höhle an ihrer Stelle beobachtet haben.

Eiter zeigt sich in vielen Fällen von Myelitis in die Substanz des Marks infiltrirt, wobei er oft schwierig und selbst nur durch das Microscop zu erkennen ist, vornehmlich wenn die Infiltration die weisse Substanz betrifft. Stets sind die eiterig infiltrirten Stellen zugleich in einem mehr oder weniger beträchtlichen Grade erweicht. — Oder der Eiter sammelt sich in einen oder mehrere kleinere oder selbst grössere Abscessherde, welche meist ohne scharfe Grenze in die erweichte Substanz der Nachbarschaft sich verlieren. Solche Abscesse gehören jedoch zu den selteneren Vorkommnissen.

In alten Fällen von Myelitis findet sich zuweilen gleichfalls noch Erweichung, andere Mal eine vermehrte Consistenz, ja selbst eine nicht unbedeutende Induration (Sclerose des Marks), bald mit Vergrösserung des Volumens, bald mit Schrumpfung und oft mit Fetteinlagerung. Die Farbe solcher verhärteten Stellen ist mattweiss, graugelblich, zuweilen selbst bräunlich, und nicht selten sind in unmittelbarster Nähe der Verhärtung erweichte Stellen vorhanden.

B. Die Symptome der acuten Myelitis kennt man nur aus tödtlichen Fällen, da in solchen, welche geheilt werden, es unmöglich ist, die Krankheit von andern acuten Affectionen des Rükenmarks zu unterscheiden.

Zuweilen zeigt sich im Anfange Erbrechen, Frost, Pelzigsein der Glieder, sofort Schmerzen am Rüken mit convulsivischen oder tetanischen Krämpfen und einer zunehmenden und bald in Paraplegie übergehenden Schwäche der untern Extremitäten. Ist der oberste Theil des Rükenmarks ergriffen, so sind die Symptome besonders heftig: Krämpfe, Schmerzen und Steifigkeit im Naken und in den obern Extremitäten, Schlingbeschwerden und hydrophobieartige Zufälle, Brustoppression und Erschwerung der Respiration, Unregelmässigkeit in den Herzcontractionen und meist Delirien sind vorhanden. Ist der Dorsaltheil des Rükenmarks ergriffen, so zeigen sich gewöhnlich convulsivische Stösse oder anhaltende Beugungen des Rumpfs, grosse allgemeine Agitation, die sofort in Lähmung übergeht. Bei Lumbalmyelitis hat man heftige Coliken beobachtet, convulsivische Contractionen der Unterleibsmuskel mit Paralyse des Mastdarms, der Blase und der untern Extremitäten. Alle diese Erscheinungen sind mit mehr oder weniger beträchtlichem Fieber verbunden, nehmen rasch überhand und der Tod kann schon 15 bis 20 Stunden nach dem Beginn der Erkrankung eintreten. Meist dagegen pflegt die Krankheit sich 3—4 Tage hinauszuziehen, oder auch nach zwei- und mehrwöchentlichem stürmischem Verlaufe in einen chronischen Zustand überzugehen.

C. Die chronische Myelitis bleibt entweder nach einer acuten zurük oder beginnt sie in fast unmerklicher, ganz allmäliger Weise. Ihre Symptome sind die der stationären Lähmung, zuweilen im Anfange noch in Verbindung mit Erscheinungen von Spinalirritation und es lässt sich das Vorhandensein eines entzündlichen Zustandes, einer Sclerose, Erweichung u. dergl. meist nur aus den besondern Verhältnissen des Falls, namentlich

aus dem Ursprunge derselben aus einer Verlezung entnehmen, da die Phänomene sich in nichts von andern auf eine einzelne Stelle des Rükenmarks drükenden oder sie destruirenden Processen unterscheiden.

III. Therapie.

Die Therapie der Myelitis kann in acuten Fällen nur in Anwendung energischer örtlicher Blutentziehungen, Kälte nebst absoluter Ruhe bestehen. Zieht sich der Fall etwas in die Länge oder bessert er sich, so können Queksilbersalben, Bäder daneben angewandt werden.

In chronischen Fällen tritt die Behandlung der stationären Spinallähmung ein, wobei man, wenn die Diagnose einer chronischen Myelitis Wahrscheinlichkeit hat, neben den übrigen Mitteln besonders starke Gegenreize und namentlich anhaltende Eiterungen an der vermuthlichen kranken Stelle anwenden kann.

2. Perimyelitis.

Als Perimyelitis kann die Entzündung der Pia, der Arachnoidea und der Dura bezeichnet werden. Alle diese Häute können von Anfang an gemeinschaftlich in den Entzündungsprocess verflochten sein, oder lezterer kann in einer allein beginnen und verlaufen, was nur bei mässigen Erkrankungen und vornehmlich bei chronischen zu geschehen pflegt, oder aber und das ist das Gewöhnlichste, der Process beginnt in einer der Häute und breitet sich sofort in verschiedenem Grade auf die übrigen aus.

1) Die acute Entzündung der Pia. Sie ist diejenige, welche am gewöhnlichsten zu höhern Graden sich entwikelt. Sie kommt im Verein mit Entzündung der Pia des Gehirns vor (Cerebrospinalmeningitis) und stellt dann die untergeordnetere Störung dar, so dass diese Fälle besser bei den Gehirnkrankheiten betrachtet werden; oder sie entwikelt sich in Folge einer das Rükgrat treffenden Gewaltthätigkeit, auch ohne Verlezung der Weichtheile und der Knochen; ferner in Folge von peripherischen Verlezungen mit oder ohne Entzündung der Nerven, in Folge von Unterdrükung von Blutungen, im Verlaufe acuter Exantheme, zuweilen auch ohne irgend bekannte Ursachen. Sie kann in allen Altern vorkommen und man hat sie namentlich im frühesten Säuglingsalter beobachtet.

Ein weissgelbliches, gelbes oder grünlichgelbes Exsudat, bald mehr fest, bald mehr mit Eiter durchmengt, ist gleichmässig oder flokenweise unter der Arachnoidea abgelagert, meist dichter an der vordern Fläche des Rükenmarks, als an der hintern. Im untersten Theile des subarachnoidealen Canals findet sich gewöhnlich ein seropurulentes oder trübes Fluidum in mehr oder weniger beträchtlicher Quantität. Die Pia ist mässig getrübt und gewulstet. Diese Entzündung hat nur eine geringe Neigung sich auf die übrigen Häute auszubreiten und die Fläche der Arachnoidea bleibt gewöhnlich dabei frei und glatt; auch das Mark ist meist nur blass, anämisch, doch zuweilen auch erweicht und brüchig.

Zuweilen finden Prodromen statt: Mattigkeit, allgemeines Uebelbefinden, Schmerzen in der Wirbelsäule und in den untern Extremitäten; manchmal

beobachtet man einen heftigen Fieberfrost oder wiederholte Horripilationen, dabei zunehmenden intensiven Schmerz in der Wirbelsäule, der sich im weiteren Verlaufe ausbreitet. Die Schmerzen kommen in Exacerbationen und auch die Extremitäten fangen an zu schmerzen: jede Bewegung, jeder Druk auf die Wirbelsäule, selbst jede Berührung steigert die Schmerzen. Es treten nun krampfhafte Muskelcontractionen ein: entweder nur Starrheit einzelner Muskel und Rükwärtsbeugungen des Rumpfs mit Remissionen und Exacerbationen, oder das volle Bild des Tetanus; Schlingbeschwerden, schwierige und schmerzhafte Respiration, erschwerte Harn- und Stuhlentleerung; dabei ist trokene heisse Haut, Durst und voller harter Puls gewöhnlich vorhanden. Aber auch das Fieber macht gern auffallende Exacerbationen und trügerische Remissionen. Daneben besteht gänzlicher Appetitverlust, mehr oder weniger diker Zungenbeleg und häufig Erbrechen. Im weitern Verlaufe stellen sich paraplegische Lähmungen ein, gesellt sich Sopor hinzu und meist gehen die Kranken nach einem sehr acuten Verlaufe dieser Affection zu Grunde.

Uebrigens gibt es manche Abweichungen und Modificationen dieses Hergangs, vornehmlich in den Fällen, in welchen zugleich Cerebralmeningitis vorhanden ist wobei zuweilen die Miterkrankung der Spinalpia durch gar keine besondern Symptome sich zu erkennen gibt und in dem tiefen Sopor, in dem sich der Kranke befindet, auch etwa vorhandene Lähmungen der Glieder nicht zu constatiren sind.

Wenn die acute Entzündung der Pia diagnosticirt werden kann, so sind Aderlässen und starke örtliche Blutentziehungen am Rüken und am Mastdarm vorzunehmen, Eisüberschläge zu machen, sofort Queksilbersalbe einreiben zu lassen und lauwarme Bäder anzuwenden. Auch grosse Dosen von Calomel, Bittersalz und andere Laxantien, und bei Zunahme Opium hat man empfohlen.

2) Die chronische Entzündung der Pia schliesst sich einerseits an die acute an und stellt die in Lentescenz übergehenden Formen derselben dar, andererseits lässt sie sich von dem spinalen Hydrops weder diagnostisch, noch theoretisch trennen.

3) Die Entzündung der Arachnoidea. Sie kommt in acuter Weise nur als untergeordnete Miterkrankung bei der Affection der Pia und der Dura vor, viel häufiger dagegen in chronischer Weise und zwar entweder für sich allein, unter Umständen, welche meist durchaus keinen Aufschluss über das wesentliche Causalverhältniss der Krankheit geben, oder als reactive Entzündung in der Nachbarschaft von Neubildungen und andern Processen.

Die Entzündung der Arachnoidea ist stets eine beschränkte und zwar meist wenig ausgedehnte. Sie kann an jeder Stelle des Canals vorkommen. Die Arachnoidea ist getrübt, verdikt, kleine ossificirende Stellen entwikeln sich häufig in ihr; ziemlich selten finden sich Exsudationen auf die äussere Fläche des Visceralblatts, ebenso selten Verwachsungen beider Blätter untereinander, häufiger Verwachsungen mit der Pia und meist eine Vermehrung, auch wohl eine Trübung des subarachnoidealen Spinalfluidums. Das Rükenmark zeigt häufig, zumal in sehr alten Fällen an der der Arachnoidealerkrankung entsprechenden Stelle mässige Veränderungen der Farbe

und der Consistenz, wohl auch des Volumens, welche jedoch ohne Zweifel auf das Eintreten von Symptomen von grösstem Einfluss sind.

Die Krankheit gibt für sich keine bestimmten Symptome, wiewohl sie häufig der Ausgangspunkt schwerer Rükenmarkskrankheiten zu sein scheint, dann aber meist erst durch die nachträgliche Erkrankung des Marks oder durch die Veränderungen der Spinalflüssigkeit Erscheinungen hervorruft. Eine gegen die Entzündung der Arachnoidea speciell zu richtende Therapie kann nicht angegeben werden, da man niemals die Diagnose mit auch nur annähernder Sicherheit zu machen im Stande ist und da überdem alle Anwendungen nur auf die Folgezustände, nicht aber auf die unbeträchtlichen Veränderungen der Haut selbst einen Einfluss haben können. Es ist daher ganz gerechtfertigt, in Fällen, wo man Entzündung der Arachnoidea vermuthet, die Indicationen nur nach den Symptomen und nach etwa vorhandenen Folgeprocessen zu bestimmen.

4) Entzündung der Dura. Die Entzündung der Dura kommt vornehmlich nach Verlezungen der Wirbel oder bei spontan entstandenen Entzündungen und Verjauchungen dieser Knochen zustande. Die Exsudationen erfolgen auf die äussere Fläche der Dura, sind umschrieben und können entweder eine Miterkrankung der Arachnoidea und der Pia und zwar in dieser oft eine sehr ausgedehnte Entzündung, ja selbst des Rükenmarks hervorrufen, oder aber sich wieder rükbilden und dann Verdikungen und Verwachsungen mit den Knochen, seltener mit dem visceralen Blatt der Arachnoidea bedingen. — Die Entzündung der Dura kann, wenn eine Affection des Knochens zugleich besteht, für sich nicht erkannt werden und erst beim Eintreten einer Entzündung derselben oder einer Entzündung des Marks selbst kann man vermuthen, dass die Störungen in den leztern Theilen durch Vermittlung einer Entzündung der Dura zustandegekommen sind.

F. TUBERKEL.

1) Im Marke selbst kommen zuweilen, vornehmlich in den obern Portionen und bei Kindern Tuberkelabsezungen vor und zwar bald vornehmlich die weisse, bald mehr die graue Substanz einnehmend. Sie sind theils Reste von miliaren Granulationen, die sich benachbart stehen und wohl auch theilweise zusammenfliessen, theils grössere Knoten, welche fast immer von einer Pseudomembran umschlossen und dadurch vom Mark abgetrennt sind. Gemeiniglich sind die benachbarten Stellen des leztern im Zustande rother oder eiteriger Erweichung. Oft besteht gleichzeitig ein seröser Erguss im Subarachnoidealraum.

Die Symptome, welche diese Tuberkel hervorrufen, sind nicht deutlich genug, um eine sichere Diagnose zu machen, doch kommen Convulsionen, tetanische Anfälle, Steifheit und Starrheit einzelner Muskel, Schmerzen, Grieseln und Pelzigsein in den Extremitäten und Lähmungen vor — Symptome, welche freilich auch bei einer auf das Gehirn beschränkten, aber mit einem serösen Erguss im Rükencanale complicirten Tuberculose

eintreten können. Sizt die Tuberkelablagerung im Rükenmarke hoch oben, so kommen zuweilen Schling- und Athembeschwerden dazu. Die Schlingbeschwerden sind zuweilen so bedeutend, dass man, besonders bei den gleichzeitigen convulsivischen Zufällen, das Bild der Hydrophobie erhalten kann. — Die Therapie der Rükenmarkstuberkel ist einerseits eine symptomatische, indem die besondern Zufälle, oft ohne dass ihre anatomische Ursache auszumitteln ist, nach ihrer Art behandelt werden, andererseits fällt die Therapie etwa diagnosticirter Tuberkelabsezungen selbst vollkommen mit derjenigen zusammen, welche gegen die meist gleichzeitig bestehenden Hirntuberkel in Anwendung zu bringen ist.

2) Tuberculöse Absezungen in den Häuten des Rükenmarks, vornehmlich um die Dura herum, finden sich nicht ganz selten, meist mit gleichzeitiger tuberculöser Caries der Wirbel, bald in Form mehr oder weniger zahlreicher Granulationen, welche in einem andersartigen Exsudate oder auch auf den verdikten Häuten sizen, bald als einzelne oder mehrere isolirte Knoten von grösserem oder kleinerem Volumen. — Die Erscheinungen sind nicht verschieden von denen einer chronischen Perimyelitis und zu bestimmten auf sie berechneten Indicationen gibt diese anatomische Störung niemals Veranlassung, weil sie niemals diagnosticirt wird.

G. OSSIFICATIONEN, PARASITGESCHWÜLSTE UND PARASITEN.

1) Eine bemerkenswerthe, jedoch während des Lebens nicht zu diagnosticirende Absezung von kleinen (selten über linsengrossen) knorpligen oder theilweise verknöcherten Schüppchen oder Blättchen, bald vereinzelt, bald in grösserer Zahl, kommt im Visceralblatte der Arachnoidea vor, vornehmlich im Lumbar- und Dorsaltheile. Ossificationen der Arachnoidea in grössern Concrementen sind ziemlich selten. — In der Dura des Rükenmarks sind dagegen Verknöcherungen, die in der Dura des Gehirns so häufig sind, ungemein selten.

2) Das Vorkommen von Sarkomen ist im Rükenmarkscanal zweifelhaft.

3) Carcinome kommen als diffuse Krebsbildungen von der Art des Markschwamms oder des Gallertkrebses im Marke selbst, wobei dieses stellenweise in Krebsmasse umgewandelt ist, ziemlich selten vor. Auch die Pia und die Arachnoidea sind von Krebsen nicht oder höchst selten befallen. — Am ehesten kommt der Krebs in der Dura vor, selten als primärer, gewöhnlich als eine von den Wirbeln übertragene Krebswucherung. Sofort breitet er sich in der Dura nach einer oder beiden Seiten des Canals weiter aus und übt einen die Symptome stationärer Lähmung hervorrufenden Druk auf das Mark. Nur aus dem mit leztern Erscheinungen verbundenen, gleichzeitigen Bestehen der der Krebscachexie eigenthümlichen Form des Marasmus lässt sich mit annähernder Wahrscheinlichkeit eine Diagnose machen.

4) Von Parasiten kommen im Marke, namentlich in dessen Cervicaltheile, Cysticercen vor. Echinococcusblasen können sich ausserhalb der

Dura entwikeln und durch Consumtion der Häute bis zum Rükenmark reichen. — Auch diese Bildungen haben nur Drukerscheinungen zur Folge.

H. DIE ERWEICHUNG DES RÜKENMARKS (MYELOMALACIE).

I. Die Erweichung ist ein häufiger Ausgang anderer Krankheitsprocesse, namentlich der Entzündung, der Apoplexie des Rükenmarks. Sie gesellt sich ferner sehr gewöhnlich zu den ebengenannten Processen hinzu, indem in deren Umkreis das Mark erweicht, wodurch sehr häufig die Heilung vereitelt und der Fortbestand schwerer Functionsstörungen herbeigeführt wird. Ebenso zeigt sie sich im Umkreis tuberculöser, weniger krebsiger Ablagerungen, in der Nähe erkrankter Wirbel und bedingt hiedurch eine Ausbreitung der Symptome, welche über die ursprünglich afficirte Stelle hinausgehen. Der Hydrops spinalis kann durch Maceration des Marks dessen Erweichung herbeiführen. Es scheint ferner, dass nach heftigen explosiven Affectionen, welche zunächst nur von einer functionellen Störung des Rükenmarks abhängen, und sogar bei solchen, welche vom Gehirn ausgehen, vornehmlich bei längerer Dauer Rükenmarkserweichung eintreten kann (so beim Tetanus, beim Veitstanz, bei der Epilepsie), wobei das Krankheitsbild durch wesentliche neue Symptome complicirt wird. Zweifelhaft ist es dagegen, ob, wie das beim Gehirn kaum verneint werden kann, im Rükenmark Erweichung in der Art eines spontanen Absterbens vorkommt; wenn man solches angenommen hat und in Onanie, Geschlechtsexcessen, Alcoolmissbrauch die Ursachen davon finden wollte, so ist nicht zu übersehen, wie schwierig beim Rükenmark die Ermittlung der Processe und ihrer Aufeinanderfolge ist und wie leicht die einleitenden Vorgänge der Erweichung sich der Beobachtung entziehen können.

II. Bei mässiger Erweichung ist die Faserung des Rükenmarks noch erhalten, bei der höchsten Ausbildung ist dasselbe in einen zerfliessenden structurlosen Brei umgewandelt, in welchem man die einzelnen Substanzen nicht mehr unterscheiden kann. Die Farbe der erweichten Stelle ist bald weiss, vornehmlich in den Fällen, die durch Maceration zustandekommen und es ist bemerkenswerth, dass diese Macerationserweichung im Rükenmark niemals den Grad erreicht, der im Gehirn so häufig vorkommt. Häufig ist die Farbe röthlich oder bräunlich, was von beigemischtem Blute abhängt und ebensowohl bei der durch Hyperämie und Entzündung, wie bei der durch Apoplexie eingeleiteten Erweichung stattfinden kann. Auch eine gelbliche Erweichung ist nicht ungewöhnlich und hängt bald von zerseztem Blute, bald von infiltrirtem Eiter ab, während dagegen die sogen. idiopathische gelbe Erweichung, die man im Gehirn beobachtet, im Rükenmark nicht mit Sicherheit erwiesen ist. — Die Erweichung zeigt sich entweder nur von kleinem Umfang, sehr oft nur in der Weise, dass einzelne Stränge des Marks und selbst diese nicht in ihrem ganzen Durchmesser erweichte Stellen haben. Zuweilen ist auf mehreren, von einander durch normale Substanz getrennten Punkten das Rükenmark erweicht. Nicht selten ist aber auch die Erweichung auf eine grosse Streke ausgedehnt.

Es scheint, dass besonders häufig in der grauen Substanz die Erweichung beginne und sich im weitern Verlauf vornehmlich in dieser in longitudineller Richtung, viel weniger aber auf die weisse sich ausbreite, und man will Fälle beobachtet haben, wo die genannte graue Substanz bis in das Gehirn hinein zerstört war, während die weisse sich grösstentheils erhalten hatte.

Der Anfang der Symptome ist verschieden je nach dem Einleitungsprocesse. Hat sich die Erweichung einmal hergestellt, so ruft sie die Symptome einer ohne Zweifel unheilbaren stationären Lähmung hervor, die nur dadurch den Schein einer progressiven haben kann, dass die Erweichung selbst über weitere Theile des Rükenmarks sich ausbreitet. Es ist möglich, dass die ersten Anfänge einer wenig ausgebreiteten Erweichung sich wieder verlieren können, indem eine Sclerosirung, eine Art von Narbe an ihre Stelle tritt, jedoch ohne dass darum in den Symptomen selbst eine wesentliche Veränderung eintreten würde und nur mit dem Vortheil, dass bei dieser Beendigung des Processes eine weitere Verbreitung im Rükenmark zunächst abgeschnitten ist. Doch scheint dieser glüklichste Ausgang immerhin selten zu sein und in den meisten Fällen führt die Erweichung, wenn auch oft sehr langsam zum Tode, der aber in sehr verschiedener Weise, bald durch die fortschreitende Erweichung selbst, bald durch sich anschliessende andere Processe im Rükenmark, im Gehirn, oder auch in andern Theilen des Körpers herbeigeführt wird.

III. Die Erweichung selbst ist unzugänglich fü die Therapie. Man hat nur die Aufgabe, einerseits diejenigen Processe von denen sie abhängt, soweit diese aufgefunden oder doch vermuthet werden können, in Angriff zu nehmen, andererseits die symptomatischen Folgen nach Möglichkeit weniger lästig zu machen und dem Kranken diejenige Pflege angedeihen zu lassen, welche bei den vom Mark abhängigen Eweichungen erörtert ist.

II. AFFECTIONEN DER WIRBEL UND IHRER BÆNDER.

Die Störungen an den Wirbeln und ihren Bändern werden zwar herkömmlich als chirurgische Affectionen angesehen und können daher hier nicht im genauesten Detail besprochen werden; indessen sind sie doch in so engem Verbande mit den Affectionen des Rükenmarks selbst und veranlassen so vielfache diagnostische Verwechslungen mit andern sogen. innerlichen Krankheiten, dass sie nicht ganz zu überghen sind und, wenigstens soweit sie nähere Beziehungen zur inneren Pathologie haben, einer Betrachtung unterworfen werden müssen. — Es ist dabei zu bemerken, dass bei diesen Störungen, da sie gewöhnlich höchs allmälig sich entwikeln und lange schon ihren Anfang genommen haben, ehe sie sich durch Symptome verrathen, die causalen Beziehungen meist nicht mit Schärfe festzustellen sind und dass aus ähnlichen Ussachen auch die krankhaften Processe in diesen Theilen weniger vollkommen verfolgt sind. Da in den meisten

Fällen die Wirbelsäule einer genauen Untersuchung bei den Sectionen nicht unterworfen wird, mangelt es auch an einer hinreichenden Zahl positiver anatomischer Erfahrungen über diese Theile.

A. ANOMALIEEN DER ENTWIKLUNG UND DER ERNÄHRUNG.

1) Die unvollkommene Ausbildung der Wirbel, vornehmlich die verschiedenen Grade der sogen. Spina bifida sind schon oben bei der Hydrorrhachis betrachtet worden. Andere mangelhafte Entwiklungen, wie z. B. das Fehlen eines Wirbels, die Verschmelzung zweier oder mehrerer Wirbelkörper unter einander sind von geringer practischer Wichtigkeit, ausser dass sie gemeiniglich eine Deviation der Wirbelsäule bedingen.

2) Die Ueberzähligkeit der Wirbel oder einzelner Theile an solchen, namentlich der Dornfortsäze kommt hin und wieder vor und kann bei gleichzeitiger Difformität der Wirbel Ursache einer scoliotischen Verkrümmung oder gibbusartigen Vorbuchtung werden.

3) Die Ersezung mangelnder Wirbel durch überzählige einer andern Gattung, wie z. B. der Ersaz eines mangelnden Rükenwirbels durch einen überzähligen Lendenwirbel, eines mangelnden Lendenwirbels durch einen überzähligen Kreuzwirbel ist nur von rein anatomischem Interesse.

4) Die angeborenen Missstaltungen einzelner Wirbel sind ziemlich selten und kommen dabei in manchen, eine nähere Betrachtung nicht erheischenden Variationen vor.

5) Acquirirte Atrophieen kommen an den Wirbeln nicht selten vor als secundäre Processe und in der Art des senilen Schwundes. Sie können Deviationen bedingen und sind keiner Hilfe zugänglich.

6) Als acquirirte Hypertrophieen lassen sich einzelne Zustände in den Wirbeln, wie in dem Bänderapparate ansehen, welche jedoch des Zusammenhanges wegen zwekmässiger bei den Exsudationsprocessen betrachtet werden.

B. EXSUDATIONSFORMEN.

Exsudationsformen, Entzündungen und tuberculöse Ablagerungen kommen in den Knochen der Wirbelsäule, sowie in dem Bänderapparate in mannigfachen Modificationen vor und es ist pathologisch-anatomisch vollkommen gerechtfertigt, dieselben nach ihren Haupteigenthümlichkeiten auseinanderzuhalten. Allein für die practische Betrachtung erscheint es unangemessen, die verschiedenen Formen nach ihrem Vorkommen und ihren symptomatischen Beziehungen descriptiv zu trennen, einmal weil in den meisten Fällen während des Lebens anatomisch verschiedene Formen ganz die gleichen Erscheinungen machen und entweder gar nicht oder doch nur nach Nebenumständen von einander diagnosticirt werden können, ferner aber auch darum, weil alle diese Affectionen so mannigfaltig in einander übergehen und sogar ganz gewöhnlich mehrere derselben neben einander bestehen, dass eine genauere pathologische Specificirung derselben nur zu illusorischen Vorstellungen über das Verhalten der Einzelfälle führen könnte. — Diese Formen schliessen sich überdem dem Mortificationsprocesse der Caries so unmittelbar an und lezterer ist der so gemeine Ausgang der meisten Exsudationsformen, dass auch dieser Process mit seinen Folgen in die Betrachtung mithereingezogen werden muss.

I. Aetiologie.

Was die Ursachen anbelangt, so hängen am unzweifelhaftesten die Entzündungen und verwandte Processe in der Wirbelsäule in manchen Fällen mit Verlezungen, welche das Rükgrat erlitten hat, zusammen.

Allein die schleichende Art dieser Processe bringt es mit sich, dass die ersten Symptome der Erkrankung oft erst ziemlich lange nach der stattgehabten Verlezung auftreten, und da nicht selten sehr unbeträchtliche Läsionen (Erschütterungen, ein Stoss, ein Fall) die Veranlassung zur Entwiklung des Krankheitsprocesses abgeben, so ist es erklärlich, dass dieses traumatische Causalverhältniss sehr oft von den Kranken übersehen und selbst bei einer genauen Anamnese von ihnen nicht eingeräumt wird. In der That scheint es durchaus nicht grober Continuitätstrennungen zu bedürfen, damit eine Entzündung in diesen Theilen sich entwikelt, und wenn auch einerseits Fracturen und Zerreissungen von Bändern mit Sicherheit die Entzündung des Theils und der Nachbarschaft zur Folge haben, so ist diese aus so groben Verlezungen hervorgegangene und im engern Sinne als traumatisch angesehene Entzündung meist mehr oder weniger acut, während den schleichenden und wenn auch nicht bald tödtlichen, aber darum nichts weniger als ungefährlichen Entzündungsformen dieser Theile meist nur solche Verlezungen vorangehen, bei denen keine Trennung der festen Gewebstheile, vielleicht nur ein Erguss von Blut zustandekommt, vielleicht aber auch nur eine chronische Stase eingeleitet wird. Verlezungen sind nicht nur für die rein entzündlichen Formen die gewöhnlichste Aetiologie, sondern sie können unter geeigneten Umständen auch die tuberculöse Form veranlassen und zur Entwiklung bringen.

Verjauchende Processe, welche bis in die Nähe der Wirbelsäule vordringen, bringen jedenfalls mit grosser Gewissheit eine Entzündung und zwar eine rasch zur Gewebsconsumtion tendirende zustande. Der aus dieser Ursache entwikelte Process ist nur ausnahmsweise durch die Bildung tuberculöser Ablagerungen vermittelt.

In manchen Fällen entstehen Exsudationsformen in und um die Knochen der Wirbelsäule, ohne dass den Theil selbst direct eine Schädlichkeit getroffen hat.

Es kann diess zuweilen geschehen bei acuten Allgemeinprocessen, wie z. B. bei der Pyämie und den ihr verwandten Zuständen, beim Rheumatismus acutus, und als Consecutivprocess nach schweren allgemeinen Erkrankungen, wie Typhus und bösartigen Exanthemen. — Aber solche Erkrankungen entwikeln sich noch viel häufiger chronisch, in welchen Fällen man geneigt ist, eine constitutionelle Ursache zu supponiren und wohl auch in vielen Fällen mit Recht eine solche annimmt. Vornehmlich findet man derartige Processe in gewissen Fällen von allgemeiner Tuberculose, am meisten bei derjenigen, welche in überwiegender Weise Drüsen und Knochen befällt. — Nächstdem kommen für sich allein und neben andern Knochenentzündungen die Affectionen der Wirbel bei Individuen vor, welche ausgezeichnete Charactere der Scropheln an sich tragen, allerdings in vielen Fällen auch unter Umständen, wo ausser der Knochenerkrankung die Zeichen der scrophulösen Constitution sehr sparsam und zweideutig sind. — Weit seltener kann die Entzündung der Wirbel auf constitutionelle Syphilis bezogen werden und namentlich sind Exostosen aus dieser Ursache ziemlich selten. — Von Arthritis abhängige Entzündungen der Wirbel und der umgebenden Theile hat man ziemlich allgemein angenommen, in der That aber ist es schwierig, diese Aetiologie mit einiger Sicherheit zu erweisen. — Bei der Rhachitis endlich sind zuweilen, wiewohl in den meisten Fällen nur in mässigem und selbst höchst unbeträchtlichem Grade und niemals in der Art suppurativer Entzündung die einzelnen Wirbelknochen ergriffen. Viel gewöhnlicher nimmt an dieser Allgemeinerkrankung des Knochensystems das Kreuzbein Theil.

II. Pathologie.

A. Die einzelnen Formen der Exsudation, wie sie sich in den verschiedensten Combinationen neben einander und nach einander oder auch zuweilen isolirt finden können, sind folgende:

1) Acute Entzündungen in den die Wirbel zunächst umgebenden

Weichtheilen kommen theils, wiewohl ziemlich selten, für sich allein, theils besonders neben chronischen Affectionen der Wirbelknochen als zeitweise Ausbreitungen des Processes vor. Sie können mit einer plastischen Exsudation enden und wieder ohne weitere Nachtheile den Rükbildungsprocess eingehen, oder aber zur Bildung von Eiter und zur Abscedirung führen, wobei in vielen Fällen der Eiter ohne Weiteres nach aussen entleert wird, wenn er zwischen Wirbel und Rükenfläche sich gebildet hat; in manchen Fällen geschieht es wohl auch, dass der Eiter an irgend einer Stelle wieder vertroknet und ohne dass der Process durch deutliche Symptome sich kundgab, die wenn auch unvollständige Heilung eintritt; der Eiter kann aber auch den Knochen selbst erodiren, in den Weichtheilen Fortschritte machen und so zu weiteren bald rasch gefährlichen, bald langwierigen Processen Veranlassung geben. Besondere Gefahr bieten immer diejenigen Abscedirungen, die auf der Eingeweideseite der Wirbel sich herstellen und sie können eine Anzahl der Folgen der Wirbelcaries selbst haben (Congestionsabscesse, Perforation von Eingeweiden); die durch sie bedingte Erosion der Wirbel bleibt meist nur eine oberflächliche und wo der Wirbel in höherem Grade consumirt ist, lässt sich stets vermuthen, dass die Entzündung der umgebenden Weichtheile der Wirbelcaries erst nachfolgte. Sehr schlimme und lästige Folgen haben ferner Abscesse, welche in der Nähe eines Intervertebrallochs sich befinden und auf dieses und den aus ihm heraustretenden Nerven einen Eindruk ausüben: es entstehen dadurch locale Neuralgieen und Paralysen, deren anatomische Ursache oft lange verkannt wird.

2) Eine chronische Infiltration der die Wirbel umgebenden Weichtheile, wobei theils dike schwartige Massen gebildet, theils lokere Einlagerungen vorhanden sind und der Ausgangspunkt der Erkrankung gewöhnlich sich nicht nachweisen lässt, eine Art Tumor albus findet sich am häufigsten am Cervicaltheile der Wirbelsäule, bald mit, bald ohne Veränderungen in den Wirbeln selbst. Man ist geneigt, diesen Tumor albus nuchae als eine Localerscheinung der scrophulösen Constitution anzusehen und es ist unleugbar, dass er besonders häufig bei scrophulösen und tuberculösen Individuen sich zeigt, auch mit Wirbeltuberculose nicht selten combinirt ist; aber er kommt doch auch vollkommen isolirt, bei ganz gesunden und kräftigen Individuen und ohne alle bekannte Ursache vor, ist auch an sich ohne einen weiteren nachtheiligen Einfluss, als dass er die Halstheile in hässlicher Weise entstellt und zuweilen die Bewegungen des Halses und des Kopfes erschwert.

3) Mit dem vorigen Zustande verbunden oder auch für sich allein kommt zuweilen eine mehr oder weniger beträchtliche Anschwellung und Verdikung der Intervertebralligamente mit Vorsprung derselben in den Wirbelcanal hinein vor und wurde namentlich an den Lumbalwirbeln und untern Dorsalwirbeln beobachtet. Dieser Vorsprung von beträchtlicher Derbheit drükt auf das Rükenmark und hat mit Nothwendigkeit eine Functionsbeeinträchtigung, ja selbst eine vollständige Paralysirung der unterhalb der Stelle abgehenden Nerven zur Folge.

Vergl. Ollivier (I. 425) und Aston Key (1838 Guy's hosp. rep. III. 17).

4) Acute Entzündungen in den Wirbelknochen sind ziemlich selten und kommen fast nur nach traumatischen Ursachen bei baldigem tödtlichen Ende und ausserdem in der Art multipler Abscessherde bei hochgradiger Pyämie und den verwandten Processen vor. Sie sind überdem mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo die Verlezung sich diagnosticiren lässt, gewöhnlich der Erkennung während des Lebens unzugänglich.

5) Chronische entzündliche Processe, die mit Consolidation, Sclerose und Vergrösserung des Knochens oder einzelner Stellen desselben heilen (ossificirende Spondylitis), finden sich nicht ganz selten in den Wirbeln und stellen einen höchst schleichenden Process dar, der nicht mit Sicherheit während des Lebens von andern schlimmeren Formen, namentlich der Caries unterschieden werden kann.

6) Die rhachitische Entartung kann in allen Wirbelknochen vorkommen, findet sich in ihnen jedoch mit Ausnahme der Lumbalwirbel und Kreuzwirbel ziemlich selten und es sind die Verkrümmungen der Wirbelsäule bei Rhachitischen meist auf anderem Wege herbeigeführt. Die Rhachitis der Lumbalwirbel bedingt in den meisten Fällen nicht nur ein Ausweichen der Wirbelsäule nach vorn in der Lendengegend, sondern ist fast immer mit weit erheblicherer Erkrankung der platten Bekenknochen combinirt.

7) Die Exostosen an den Wirbeln sind ziemliche Seltenheiten und werden vornehmlich dann von Wichtigkeit, wenn sie an der hinteren Wand des Wirbelkörpers entstanden und in den Wirbelcanal hinein sich entwikeln. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass sie von constitutioneller Syphilis abhängen.

8) Die suppurative superficielle Entzündung der Wirbelknochen kommt vornehmlich an dem Wirbelkörper vor und zwar am meisten an der den Eingeweiden zugewendeten Seite. Sie kann eine primäre sein, ist aber wohl noch häufiger eine secundäre, die an den Entzündungen der benachbarten Weichtheile und an verschiedenen destructiven Processen der Rumpfeingeweide (der mannigfaltigsten Art und Stelle), der Halsorgane (z. B. Krebs des Oesophagus) und Schlundtheile (z. B. syphilitische Geschwüre, Retropharyngealabscesse) Antheil nimmt. Die Affection in dem Knochen kann diesen mehr oder weniger consumiren und sich in ihm selbständig ausbreiten, auch wenn der primäre Process sich ermässigt hat. Kommt es bei dieser suppurativen Spondylitis zur Organisation der Exsudate, was meist erst nach langer Dauer zu geschehen pflegt, so kann im günstigsten Falle eine Heilung derselben durch eine einfache Knochennarbe sich herstellen, oder aber es bilden sich osteophytische Wucherungen, Synostosen zwischen mehreren Wirbeln u. dergl. m., wodurch nicht nur weitere Nachtheile herbeigeführt werden, sondern woneben anderwärts die Suppuration ihren Fortgang nehmen kann.

9) Die centrale suppurative Spondylitis ist von Manchen als gar nicht existirend ausgegeben worden und die früher allgemein dahin gerechneten Fälle (sogen. Malum Pottii) wurden für tuberculöse Knochenerkrankungen erklärt.

Wenn man jedoch das tuberculöse Exsudat nicht als ein specifisch eigenthümliches ansieht, sondern als eine unerhebliche Modification, herbeigeführt bald durch locale bald durch constitutionelle Verhältnisse, bald durch geringe bald durch wichtige Umstände, als eine Modification, die allerdings die Aussichten auf Ausgleichung der kranken Stelle wesentlich vermindert, so kann man den Streit über die rein entzündliche oder tuberculöse Natur der centralen Spondylitis als nicht belangreich ansehen. Soviel ist gewiss, dass nicht selten Fälle vorkommen, wo die Consumtion des grössten Theils eines oder mehrerer Wirbel stattgefunden hat, ohne dass man auf mehr als einzelnen kleinen Punkten Absezungen von dem Aussehen der Tuberkel wahrzunehmen im Stande ist, und andererseits dass ebenfalls nicht selten, selbst nach beträchtlichen Substanzverlusten durch Suppuration ein Heilungsprocess mit ossificirenden Producten sich herstellt und, wenngleich durch unförmige Neubildungen, durch missgestaltete Osteophyten und Verschmelzungen der Wirbel unter einander, der weiteren Zerstörung ein Ende gemacht wird. Ueberhaupt ist das Vorkommen von osteophytischen Bildungen in der Nachbarschaft des Suppurationsherdes eine Erscheinung, welche der Annahme einer tuberculösen Natur dieser Wirbelerkrankungen nicht günstig ist und bei den ausgezeichneten tuberculösen Absezungen und den daraus sich entwikelnden Verjauchungen in der That auch sich nicht findet. Es ist ferner zwar sehr häufig, dass die centrale suppurative Spondylitis bei sonst tuberculösen Individuen auftritt, aber es ist doch auch nicht selten, dass sie bei constitutionell gesunden oder doch nicht an Tuberkeln leidenden Subjecten sich entwikelt.

Bei der centralen suppurativen Entzündung der Wirbelknochen kann zwar, wenn die Affection frühe genug sistirt wird, eine Eindikung des Eiters und ein allmäliges Wiederverschwinden desselben eintreten; allein da dieser günstige Ausgang durch zu viele Zwischenfälle gefährdet ist, so entwikelt sich in den meisten Fällen der Eiter nach aussen und zwar entweder durch Fistelgänge an der Fläche des Rükens oder durch Vordringen nach einem Eingeweide zu, in welches er sich entleert, oder er senkt sich mit Verschonung der Eingeweide in dem Zellgewebe hinter dem Bauchfell und kommt unter dem Cruralringe zum Vorschein (sogen. Psoasabscess, Congestionsabscess). Im günstigsten Falle sinken nach der Entleerung des Eiters auf irgend einem Wege die Reste der zertrümmerten Wirbel zusammen und bilden eine Wirbelkrümmung nach rükwärts, die sofort durch nachträgliche ossificirende Processe verfestigt werden kann. (S. Deviationen.)

Vergl. Pott (remarks on the kind of palsy of the lower limbs, which is frequently found to accompany a curvature of spine 1778 und farther remarks on the useless state of the lower limbs in consequence of a curvature of the spine 1782), Paletta (Anat.-pathol. Beobachtungen über die mit Lähmung verbundene Krümmung des Rükgrats, aus dem Ital. übers. 1794), Jäger (die Entzündung der Wirbelbeine, ihre Arten und ihr Ausgang in Knochenfrass und Congestionsabscess 1831) und die Werke über Chirurgie.

10) Die tuberculöse Spondylitis kommt vor:

a) in einer mehr acuten Weise in der Form tuberculöser Infiltration, die sich stets über eine grössere Anzahl von Wirbeln ausdehnt, alle Theile eines Wirbels zum Size haben kann, meist dabei gar nicht zur Suppuration gelangt;

b) als chronische Form mit Verjauchung und allen Folgen der einfachen suppurativen Entzündung.

S. über die Tuberculose der Wirbelknochen: Nichet (Gaz. méd. III. 529 und VIII. 385), Nélaton (recherch. sur l'affect. tuberc. des os 1836), Lenoir (Arch. gén. D. IX. 461), Bühler (über Wirbeltuberculose 1846).

B. Die Erscheinungen der verschiedenen Exsudationsformen an den Wirbelknochen und den sie umgebenden Weichtheilen können sich kundgeben

1) an der kranken Stelle selbst: durch Schmerz, der spontan oder auf Druk eintritt, durch Erschwerung und Unmöglichkeit der Bewegungen, durch Hervorragungen, Knikungen und Verbreiterung an einer Stelle der Wirbelsäule, durch Aufbruch von Eiterherden mit oder ohne Entleerung von Knochensand und selbst von grösseren Knochenstükchen.

2) Auch die übrigen Theile der Wirbelsäule können Störungen darbieten: verbreitete Schmerzen, Unbeweglichkeit, compensirende Krümmungen.

3) Es müssen in allen den Fällen, wo die Rükenmarkshäute an dem Process theilnehmen oder ein Druk auf das Rükenmark durch die veränderten Wirbel, Zwischenwirbelknorpel und Eiterabsezungen stattfindet, entsprechende Symptome vom Marke entstehen, welche je nach der Stelle und dem Grade der Beeinträchtigung verschieden sein und sich in allen Formen der Irritation und der Lähmung, vornehmlich der stationären Paralyse darstellen können.

4) Die benachbarten Weichtheile des Schlundes, des Halses, der Brust und des Unterleibs erleiden je nach dem Size der Erkrankung und je nach deren Entwiklung mechanische Beeinträchtigungen oder können durch topische Ausbreitung in die Erkrankung verwikelt werden.

5) Bei suppurativen Affectionen kann der Eiter an verschiedenen Stellen des Körpers zum Durchbruche kommen, wodurch eine Anzahl neuer Processe veranlasst werden kann.

6) Die Gesammtconstitution kann auf die mannigfaltigste Weise betheiligt sein, theils durch acute oder lentescirende Fieberbewegungen, welche von den localen Processen bedingt werden, theils durch Erkrankung und Beeinträchtigung einzelner Eingeweide, die ihrerseits ihren Einfluss auf die Gesammtconstitution ausüben, theils durch die mit dem Verlust reichlichen Eiters verbundene allgemeine Zerrüttung.

C. Der Symptomenverlauf ist bei diesen Affectionen ein höchst verschiedener:

1) Es kann gänzliche Symptomlosigkeit bestehen entweder über die ganze Dauer der Affection und diese bald, ohne sich kundgegeben zu haben, abheilen, bald, ohne durch ein Symptom sich verrathen zu haben, mit dem Tode enden. Oder es können mindestens während einer geraumen Zeit des Verlaufs alle Symptome fehlen und erst nachdem die Veränderungen und Zerstörungen grosse Fortschritte gemacht haben, solche in langsamer Entwiklung oder plözlich mit bedeutenden Erscheinungen (Congestionsabscess, Schüttelfröste, Convulsionen, Lähmungen etc.) beginnen.

Die totale wie die temporäre Symptomlosigkeit findet sich nicht nur bei leichten Affectionen, deren früheres Vorhandengewesensein man dann oft erst spät an ihren Resten, oder deren Gegenwart man zufällig in der Leiche entdekt, sondern auch bei sehr schweren und zwar einerseits bei sehr acut verlaufenden, welche unter einem reichlichen von Störungen anderer Organe abhängigen Symptomencomplexe verstekt sind (z. B. bei Pyämie, Rheumatismus acutus, Puerperalfieber), andererseits bei chronischen Formen, wo die Wirbelaffection neben andern schweren chronischen Erkrankungen sich ausbildet, oder selbst in Fällen, wo sie für sich allein in höchst schleichender Weise zur Entwiklung kommt.

2) Die Affection der Wirbel und der umgebenden Weichtheile gibt sich durch habituelle Veränderungen kund, die sich wenig oder gar nicht ändern

und bei welchen entweder keine oder aber bleibende Functionsstörungen vorhanden sind, besonders aber die mechanischen Verhältnisse an der Wirbelsäule eine Aenderung erlitten haben. Solche habituelle Anomalieen bleiben entweder nach andersverlaufenden Erkrankungen zurük, oder sie entstehen in einer so sachten und allmäligen Weise, dass ihre Ausbildung dem Kranken selbst niemals aufgefallen ist und sie daher auch während ihrer Entwiklung nicht zur ärztlichen Beobachtung zu kommen pflegen. Diese Verlaufsweise zeigt sich bei dem Tumor albus, bei der chronischen Infiltration des Bänderapparats mit Druk nach innen, bei der Rhachitis, nur ausnahmsweise bei den übrigen Formen, bei welchen sie dagegen als Ausgang des Processes immerhin zurükbleiben kann.

3) Die Krankheit stellt sich in der Art rasch oder ziemlich rasch zunehmender Beschwerden von mannigfaltiger Combination mit acutem oder subacutem Verlaufe dar und befolgt diesen Verlauf entweder über die ganze Dauer ihres Bestehens (besonders bei tödtlichem Ende) oder nur temporär, sei es am Anfange, sei es am Schluss der Erkrankung.

4) Der Verlauf ist endlich und zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein chronischer mit im Allgemeinen stetiger Zunahme, jedoch meist mit mannigfaltigen Schwankungen von Besserung, zeitweisem Stillstande und rascher Verschlimmerung. Er zieht sich hiebei oft über viele Jahre hin und kann auf jedem Punkte stationär werden oder eine rapide Entwiklung bekommen.

III. Therapie.

Die mit acuten oder subacuten Symptomen verlaufenden oder exacerbirenden Exsudationen in den Wirbeln und ihrer nächsten Nachbarschaft verlangen vor Allem absolute Ruhe und Unbeweglichkeit der Wirbelsäule. Ist das Individuum noch kräftig, so kann mit Vortheil eine örtliche Blutentziehung vorgenommen werden. Ist das Vorhandensein von Eiter unwahrscheinlich, so mag man Eisumschläge und andere kalte Applicationen versuchen; andernfalls ist feuchte Wärme in Cataplasmen auf die kranke Stelle anzuwenden. Auch Bäder sind, falls sie mit grosser Vorsicht gebraucht werden, oft nüzlich. Die Diät des Kranken muss nach den Umständen, dem Fieber, dem Ernährungsgrade, dem Zustande der Verdauungsorgane bemessen werden. Innerliche Mittel sind überflüssig, ausser zur Erleichterung und Beseitigung einzelner lästiger Beschwerden (Schmerzen, Verstopfung etc.) und zufälliger Complicationen.

Die chronisch zunehmenden entzündlichen Affectionen der Wirbelsäule machen weniger eine absolute Ruhe nöthig; doch müssen die Bewegungen mit grosser Vorsicht gemacht werden. In frischen Fällen und bei gut erhaltenen Kräften ist die Anwendung einer örtlichen Blutentziehung oft noch sehr nüzlich; daneben sind einfache warme oder warme salzhaltige, jodhaltige Bäder mit Erfolg zu gebrauchen. Wo aber die Constitution noch nicht zerrüttet ist, keine vorgeschrittene Tuberculose in den Lungen oder andern Organen besteht, auch die Zerstörung in den Wirbeln noch nicht ausgedehnt ist, darf am meisten von der Anwendung starker Gegenreize und an der kranken Stelle unterhaltener Eiterungen erwartet

werden und es ist seit lange die Application von Fontanellen, der Brechweinsteinsalbe, des Eiterbands, unter allen aber am meisten der energische Gebrauch des Glüheisens vom verdientesten Rufe. Wenn man auch nicht hoffen darf, alle derartige Affectionen damit sicher zu heilen, so ist doch kein Zweifel, dass sehr viele und selbst weitgekommene Fälle dadurch eine sichtliche Wendung zur Besserung erhalten. — Bei eingetretenem Nachlass der Symptome ist eine vorsichtig stärkende Nachcur am angemessensten. — Bei ausgedehnter Eiterung und vornehmlich wenn der Eiter dem Durchbruch nahe gekommen, ist jeder Versuch, die Exsudation wieder zur Resorption zu bringen und jedes stark eingreifende Verfahren überhaupt unzulässig. Der Eiter kann in solchen Fällen nur nach aussen entleert werden und es ist unzweifelhaft, dass diess meist mit augenbliklicher Erleichterung des Kranken geschieht, dass er darauf ruhiger wird, das Fieber nachlässt, der Appetit sich oft wieder herstellt. Aber die Besserung ist gewöhnlich sehr ephemer; besonders bei ausgebreiteten Eiterungen tritt meist schon nach wenigen Tagen eine Verjauchung der Abscesshöhle ein, Schüttelfröste, adynamisches oder hectisches Fieber, intensive Darmcatarrhe und Diarrhoeen entwikeln sich und es ist wahrscheinlich, dass nach der Eröffnung des Abscesses der Kranke im Durchschnitt rascher zu Grunde geht, als wenn man dieselbe unterlassen hätte. Vornehmlich gilt diess bei den am Cruralring oder weiter unten am Schenkel vortretenden Abscessen.

Man muss daher bei der Indication der Eröffnung solcher Abscesse alle Nebenumstände in Betracht ziehen, unter zwei Uebeln das geringere wählen und thut wohl, in allen Fällen die Oeffnung so klein als möglich zu machen und den Eiter nur successiv zu entleeren. Bei den am Rüken vortretenden Abscessen sind die Gefahren nicht so gross, kann ein frühes Eröffnen eher gewagt werden; aber auch hiebei ist eine kleine Oeffnung einer grossen vorzuziehen. Die weitere Behandlung suppurativer Spondyliten unterscheidet sich in nichts von der anderer consumtiver Eiterungen und Verjauchungen.

Die Exsudationsformen an den Wirbeln und in ihrer Umgebung mit stationärem Verlaufe und mehr habituellen Symptomen geben im Allgemeinen wenig Aussicht auf Herstellung, da gewöhnlich die Veränderungen von solcher Art sind, dass sie ebensowenig eine Rükbildung, als eine Weiterentwiklung zulassen. Indessen kann man versuchen, durch resorbirende Mittel und durch Unterhaltung von Eiterungen den Zustand zu bessern und ist im Uebrigen auf ein symptomatisches Verfahren gegen die Folgen der Wirbelveränderungen angewiesen.

C. PARASITGESCHWÜLSTE UND PARASITEN.

Parasitgeschwülste und Parasiten sind seltene Störungen in der Wirbelsäule. Sie können ohne alle Symptome sein, solange die Geschwulst weder nach hinten vortritt, noch in den Wirbelcanal hineinragt, noch auch gegen die Rumpfhöhle hin die Organe belästigt.

1. Krebs der Wirbelsäule.

Der Krebs kann, was jedoch in seltenen Fällen zu geschehen scheint, in den Wirbeln beginnen, wobei sich so wenig als bei andern Knochen-

krebsen genügende Ursachen der Entwiklung auffinden lassen. Ausserdem kann ein Krebs der der Wirbelsäule benachbarten Weichtheile, von der Mundhöhle an bis zum After, auf die Wirbelsäule überschreiten. Auch kann ein Krebs der Dura die benachbarten Wirbel nachträglich ergreifen. Aber auch diese secundären Krebse der Wirbel sind ziemlich selten und namentlich seltener als die der meisten andern Knochen.

Die Form des Krebses ist nach den bisherigen Beobachtungen vornehmlich die des Encephaloids, doch kommen auch andere Formen, besonders der harte Krebs in der Wirbelsäule vor. Der Siz ist meist in mehreren Wirbeln zugleich und zwar gewöhnlich vorzugsweise in dem Wirbelkörper.

Der Krebs der Wirbelsäule kann ohne alle weitere Symptome sein: so in einem Falle von Cruveilhier, wo keine einzige Erscheinung während des Lebens das Vorhandensein der Geschwülste encystirter Scirrhen vermuthen liess, welche man in den Wirbeln fand. Andererseits können aber auch ausserordentlich heftige Beschwerden und namentlich die unerträglichsten Schmerzen, sowohl an der erkrankten Stelle, als im übrigen Körper die Entwiklung des Krebses begleiten. Krämpfe hat man nur in vorübergehender Weise beobachtet. — Wenn der Krebs gegen den Wirbelcanal hin Vorragungen bildet oder gar in diesen hinein sich entwikelt, so sind die Erscheinungen stationärer Lähmungen, sowohl Anästhesie, als motorische Paralyse die nothwendigen Folgen davon. Auch durch Hereinwucherungen von Krebsmassen in die Intervertebrallöcher können locale Neuralgieen und Lähmungen herbeigeführt werden. — Nur in sehr seltenen Fällen werden die Bogen der Wirbel und die Dornfortsäze in der Weise afficirt, dass eine bemerkbare Geschwulst an dem Rüken hervortritt. — Dagegen hat man bei Wirbelkrebsen auch beschränkten Sizes eine mässige Krümmung der gesammten Wirbelsäule nach hinten mehrmals beobachtet. — Hat der Krebs einen oder mehrere Wirbel zerstört, oder vielmehr ist das parasitische Gewebe an die Stelle derselben getreten, so sind Bewegungen der Wirbelsäule unmöglich und wenn ein solcher Krebs die Cervicalwirbel befallen hat, so kann eine plözliche Bewegung des Kopfes augenbliklich den Tod herbeiführen.

Die Diagnose eines Krebses der Wirbelsäule wird aber nur in solchen Fällen während des Lebens gemacht werden können, wo neben einem schweren Leiden der Wirbelsäule oder neben Paraplegieen Krebsknoten in andern zugänglicheren Theilen nachzuweisen sind oder wo unter derselben Voraussezung in ausgezeichnetem Grade und in unverkennbarer Weise der Habitus und das Colorit des Krebskranken sich herstellt.

Eine Behandlung des Krebses selbst ist in der Wirbelsäule sowenig möglich, als bei irgend einem andern verborgenen Krebse. Dagegen hat man die Aufgabe, bei heftigen Schmerzen durch Narcotica in starken Dosen (Morphium, nach Bühler Lupulin) Erleichterung zu verschaffen, ferner brüske Bewegungen, besonders wenn die Halswirbel afficirt sind, durch Bandagen zu verhüten, endlich nach Möglichkeit für die Ernährung des Kranken zu sorgen und in Betreff der verschiedenen im Laufe der Krankheit eintretenden Beschwerden und localen Störungen die entsprechenden symptomatischen Hilfen zu versuchen.

Fälle von Krebs der Wirbelsäule finden sich bei Cruveilhier (Anat. path. du corps humain Livr. XXX), bei Hawkins (1841 Med. chir. trans. XXIV. 45), bei Bühler (über Wirbeltuberculose und über den Krebs der Wirbelsäule 1846. p. 42).

2. Echinococcus der Wirbelsäule.

Echinococcuscolonieen kommen in den Wirbeln ungemein selten vor.

Cruveilhier (Livr. XXX. Pl. 6) beschreibt folgenden Fall. Eine Frau von 38 Jahren, von sehr kräftiger Constitution, lebhaftem Teint, vollkommener Ernährung und überhaupt von einem Aussehen, welches die blühendste Gesundheit anzuzeigen schien, kam mit Paraplegie der untern Extremitäten und heftigen Schmerzen in denselben und in der Lendengegend zur Beobachtung. Ihrer Angabe nach war es, als ob ein Feuer die Theile verzehrte. Jeder Versuch, dieselben passiv zu bewegen, selbst die Berührung einer Stelle erregte die allerheftigsten Schmerzen. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeigte sich auf der Höhe des zwölften Dorsalwirbels und des ersten Lumbalwirbels ein weicher eindrükbarer Punkt von der Grösse eines halben Franks, so dass Cruveilhier an eine unvollkommen geheilte Spina bifida dachte. Beim Husten schien eine jedoch nicht deutliche Vorbuchtung einzutreten. Drei Jahre zuvor hatte diese Frau zum ersten Male dumpfe Schmerzen in der Lumbargegend und eine Schwäche in den untern Extremitäten wahrgenommen. Ein Jahr vor dem Eintritt in die Beobachtung fühlte sie in dem Momente, als sie einen schweren Pak in die Höhe heben wollte, ein Krachen in der Lumbargegend und einen heftigen Schmerz. Von dieser Zeit an verliessen sie die Schmerzen in der Lumbargegend nicht wieder, wurden vielmehr immer heftiger und verbreiteten sich allmälig über die ganze Ausdehnung der untern Extremitäten. Zugleich nahm die Schwäche in den lezteren zu, bei jedem Versuche zu gehen schien es ihr, als ob der Boden elastisch sei, sie fühlte convulsivische Stösse und war genöthigt, auf das Gehen zu verzichten. Aber auch in der Bettlage traten heftige und immer sehr schmerzhafte convulsivische Stösse ein, welche jedoch im weiteren Verlaufe sich verloren, während dagegen die Paralyse und die Schmerzen zunahmen und Stuhl- und Harnentleerung unwillkürlich erfolgten. Nachdem brandiger Decubitus sich hinzugesellt hatte, wobei die Stellen der Schorfe eine ganz ausserordentliche Schmerzhaftigkeit zeigten und die Verdauung gänzlich zerrüttet war, auch wiederholte unregelmässige Fröste sich einstellten, starb die Kranke anderthalb Monate nach dem Beginn der Beobachtung.

An der Stelle der Wirbelsäule, welche während des Lebens die Eindrükbarkeit gezeigt hatte, und in deren Nachbarschaft befand sich eine weiche, fluctuirende, mit den Muskeln nicht zusammenhängende Geschwulst, welche aus einer Blase bestand, die eine grosse Menge zertrümmerter, entleerter und unversehrter Echinococcusblasen enthielt. Die Geschwulst drang durch eine enge Stelle zwischen zwei Dornfortsäzen in den Wirbelcanal ein und grenzte an die Dura mater, ohne dass diese selbst irgend verändert war; dagegen war der unterhalb der Geschwulst gelegene Theil des Markes in eine mit Eiter gefüllte Höhle verwandelt. Das Gewebe der Wirbel, welche die Geschwulst umgaben, war compacter als im Normalzustande und an der Stelle, wo der innere Theil der Geschwulst mit der äusseren communicirte, zeigten die Wirbel Erosionen.

D. OSTEOMALACIE.

Die Osteomalacie kommt, wie in andern Knochen, so auch in der Wirbelsäule vor, doch vornehmlich im Kreuzbein. Sie bedingt Missstaltungen des Bekens und Deviation der Wirbelsäule. S. darüber Knochenkrankheiten.

E. ABWEICHUNGEN IN DER VERBINDUNG DER KNOCHEN UNTER EINANDER (SYNOSTOSEN DER WIRBEL) UND IN IHRER STELLUNG ZU EINANDER (DEVIATIONEN).

Beide Verhältnisse sind zuweilen combinirt, indem namentlich eine abnorme Verbindung auch nur einzelner Wirbel unter einander stets auch eine Abweichung der gegenseitigen Stellung sämmtlicher Wirbel zur Folge hat. Indessen müssen doch beide verschiedene Formen von Anomalie besonders betrachtet werden, da mindestens die Abweichungen der wechselseitigen Stellung der Wirbel überwiegend häufig für sich allein vorkommen.

1. Die Synostosen der Wirbel.

Synostosen der Wirbel können angeboren sein. Sie entstehen aber auch sehr häufig erst im Laufe des selbständigen Lebens und zwar stets nach vorausgegangenen und wieder verheilten suppurativen Spondyliten; wobei theils eine unmittelbare Verschmelzung zweier Wirbel stattfinden, theils eine Verbindung derselben durch brükenartig von dem einen zum andern sich erstrekende Osteophyten hergestellt sein kann. — Dieser Zustand bedingt nicht nur eine Beeinträchtigung der Bewegungen, sondern stets auch eine Deviation der ganzen Wirbelsäule und ist begreiflicher Weise keiner Heilung fähig.

2. Deviationen der Wirbelsäule.

I. Aetiologie.

Deviationen der Wirbelsäule haben ein ungemein häufiges Vorkommen, so sehr, dass wenigstens in unseren Gegenden bei der Mehrzahl der Erwachsenen sich eine solche findet: eine Häufigkeit, welche schon andeutet, dass die Anomalie unter sehr mannigfachen Verhältnissen zustandekommt. Nicht nur die entfernteren Bedingungen und Verhältnisse ihres Vorkommens sind vielfach verschieden, sondern auch die Art und Weise ihrer Entstehung zeigt bemerkenswerthe Differenzen.

Die nächste Ursache einer Rükgratsdeviation kann liegen:

1) in den Wirbeln selbst: in einer Anomalie ihrer Zahl, ihrer ursprünglichen Bildung, ihrer Form, ihrer Consistenz. In dieser Weise kommen die Deviationen theils angeboren vor, theils werden sie durch die verschiedensten Erkrankungen der Wirbel herbeigeführt, namentlich in der ausgezeichnetsten Weise durch die suppurativen Entzündungen und durch verjauchende Tuberculose der Wirbel, durch Osteomalacie, selten durch Rhachitis. In Beziehung auf Geschlecht und Alter ist in dieser Hinsicht kein wesentlicher Unterschied, als insofern gewisse Erkrankungen der Wirbel in einzelnen Altersperioden häufiger als in andern sind.

2) In den Zwischenwirbelknorpeln, welche jedoch selten und hauptsächlich nur im hohen Alter durch eine Art von Schrumpfung zu grösserer Näherung der Wirbelkörper und dadurch zu Wölbungen des Rükens Veranlassung geben.

3) In dem **Bänderapparate** der Wirbel: wenn sich zwischen den Bändern Ablagerungen bilden, oder die Bänder erschlafft, zerrissen oder sonst in anomalem Zustande befindlich sind. Auch diese Ursache der Rükenkrümmung gehört zu den selteneren.

4) In der **Rükenmusculatur**: theils durch Contracturen einzelner Muskel, theils durch völlige Lähmung von solchen, theils und vornehmlich durch eine ungleiche Kraft und Functionirung der gleichnamigen Muskel beider Seiten kann die Deviation zustandekommen.

Die Ungleichheit der Muskelkraft und Functionirung kann durch die Dauer und Continuität ihrer Wirkung schon bei der leichtesten Differenz in der Kräftigkeit erhebliche Wirkungen für die gegenseitige Stellung der Wirbel hervorbringen, bringt diese aber um so früher und in um so höherem Grade hervor, je grösser die Differenz beider Seiten, je schwächer die eine Körperhälfte ist oder je mehr sich gar die Schwäche der Paralyse nähert. Diese Ursache der Rükenwirbeldeviation ist die häufigste von allen und ist selbst wieder unter den allermannigfaltigsten Verhältnissen realisirt. Von dieser Ursache hängt es ab, dass überhaupt bei allen Individuen mit geringer Muskelkraft (bei welcher eine Differenz zwischen beiden Seiten um so leichter sich herstellt), mit ungenügender Uebung der Muskel, mit einseitiger Anstrengung derselben Rükgratsdeviationen sich bilden, um so mehr, wenn jene die gänzliche Ausbildung des Körpers noch nicht erreicht haben: daher bildet sich die Verkrümmung in den meisten Fällen in der Zeit aus, in welcher das Wachsthum stark in die Länge geht und die Muskel verhältnissmässig dünn sind, nämlich in der Zeit von der zweiten Dentition bis zur Pubertätsentwiklung; daher findet sie sich so allgemein beim weiblichen Geschlecht; daher kommt sie ebensosehr bei sizender Lebensweise, als bei den zu frühzeitig und nur in einer Richtung sich anstrengenden jungen Fabrikarbeitern vor; daher bildet sie sich ferner in der Kindheit und in der Jugend so leicht bei jeder beliebigen Art von Krankheit, welche die Bewegung des Körpers und die Ernährung der Musculatur beeinträchtigt, aus und auch in der Rhachitis kommt die bei ihr entstehende Verkrümmung der Wirbelsäule mindestens dem grossen Theile nach nicht auf Rechnung einer Formveränderung der Wirbel, sondern auf die der geschwächten und unthätigen Musculatur; in manchen Krankheiten namentlich, in welchen Kinder zu einer anhaltenden Bettlage genöthigt sind, kann sich die Rükendeviation schon in wenigen Wochen zu ziemlich hohem Grade ausbilden. Auch im höheren Alter kommen in Folge der Nervenschwäche wiederum Krümmungen der Wirbelsäule vor. Solche bilden sich ferner in jedem Lebensalter in der ausgezeichnetsten Weise aus, wenn wegen Hirnkrankheiten eine Hemiplegie besteht oder wenn aus irgend einer Ursache eine Anästhesie des Rumpfes sich hergestellt hat, bei welcher die instinctive Beurtheilung der Bewegungen verloren geht. Auch bei Blinden findet sich ein ähnliches Hinderniss der Aufmerksamkeit auf die gleichmässige Haltung des Körpers und kommt aus diesem Grunde fast regelmässig eine Verkrümmung der Wirbelsäule zustande, um so eher, je frühzeitiger die Blindheit entstanden ist. Daran schliesst sich in unmittelbarster Weise die Vernachlässigung gerader Haltung durch schlechte Gewohnheit und Mangel an Erziehung, welche gleichfalls so sicher die Deviation der Wirbelsäule zur Folge hat. — Von der Muskelcontraction hängen ferner die so häufig nach Krämpfen zurükbleibenden Deviationen ab. — Auch bei der in Folge der Pleuritis eintretenden Deviation ist die Muskelerschlaffung und Paralyse der einen Seite von mindestens mitwirkendem Einfluss.

5) Eine **ungleiche Stellung einiger Wirbel** bewirkt stets im Laufe der Zeit eine Abweichung der übrigen und ebenso wird durch die anomale Bildung irgend eines der Wirbelsäule benachbarten Theiles des Skelets eine Rükgratskrümmung herbeigeführt: so namentlich durch Verkrümmungen des Brustbeins, durch Anomalieen des Bekens, durch nicht oder schlecht geheilte Luxationen und Brüche des Schenkelhalses, selbst zuweilen durch Brüche der Clavicula. Es ist nicht unwahrscheinlich, wenngleich nicht mit Sicherheit zu erweisen, dass diese Verhältnisse hauptsächlich durch Vermittlung ungleicher Muskelthätigkeit zur Wirkung kommen.

6) Ein **Seitendruk** durch Geschwülste, ausgedehnte Organe (am häuf-

igsten das hypertrophische Herz), Exsudate etc. kann die Wirbelsäule oft in sehr kurzer Zeit seitlich dislociren. — Ganz in derselben Weise können auch äussere Einwirkungen, drükende Kleidungsstüke, Werkzeuge, die anhaltend bei der Arbeit benüzt werden, u. dergl. m. auf die Wirbelsäule wirken.

7) Durch Zug von benachbarten Stellen her dislocirt sich die Wirbelsäule, wenn durch eine Dislocation, durch Schrumpfung von Organen, nach Resorption von Exsudaten eine Art von Zerrung auf sie ausgeübt wird.

II. Pathologie.

A. Die Deviationen der Wirbelsäule stellen sich in verschiedenen, der Unterscheidung sehr werthen Arten dar, welche zum Theil in Zufälligkeiten ihren Grund haben, zum Theil aber von der Ursache der Verkrümmung bedingt sind. Geringere Unterschiede hängen von der Lebensperiode ab, in welcher die Krümmung entstand.

1) Die curvenartige Seitwärtskrümmung der Wirbelsäule (Krümmung im Querdurchmesser, Scoliose) hängt ab: selten von angeborenem Wirbelknochendefecte oder von acquirirten Krankheiten der Wirbelknochen (am ehesten Osteomalacie); in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Störungen in der Rükenmusculatur; sehr häufig von Erkrankungen und Anomalieen der der Wirbelsäule benachbarten Skelettheile; nicht selten von einem Seitendruke, vornehmlich wenn derselbe nicht unmittelbar die Wirbelsäule trifft oder mehrere Wirbel zugleich beeinträchtigt; zuweilen von Zerrung. Die Scoliose ist in sehr leichten Fällen einfach, in der Weise, dass eine mässige Ausbuchtung des Rükgrats nach einer Seite stattfindet und zwar bei einer auf den Dorsaltheil beschränkten Deviation mit der Convexität der Curve nach rechts, bei der des Lumbartheils mit der Convexität nach links. Bei irgend beträchtlicheren seitlichen Curvendeviationen ist eine mehrfache sogenannte Sförmige Krümmung vorhanden, indem zu der ursprünglichen und ersten Krümmung sehr bald eine zweite compensirende Krümmung nach der entgegengesezten Seite hin in einem andern Theile des Rükgrats sich ausbildet. Ebenso ist bei jeder beträchtlicheren Scoliose eine Drehung der Wirbel um ihre Achse vorhanden, wobei die Wirbelkörper nach der Convexität, die Dornfortsäze nach der Concavität der Curve zu stehen kommen, die Krümmung daher gewöhnlich in der That grösser ist, als sie beim blossen Betrachten der Linie der Spinalfortsäze erscheint. Endlich stellt sich bei hochgradiger Scoliose in den meisten Fällen allmälig noch eine curvenartige Ausbuchtung des Rükentheiles der Wirbelsäule nach hinten (Kyphosis scoliotica) und eine curvenartige Ausbuchtung des Lendentheils nach vorn (Lordosis scoliotica) her.

2) Die curvenartige Krümmung nach dem Tiefendurchmesser des Körpers, welche entweder als eine grosse bogenförmige Krümmung der ganzen Wirbelsäule oder des grössten Abschnitts derselben nach hinten (bogenförmige Kyphosis), oder als eine kleinere bogenförmige Krümmung des Lumbartheils, selten des Dorsaltheils und Cervicaltheils der Wirbelsäule nach vorn (Lordosis), oder endlich als eine doppelte

curvenartige Krümmung mit der Convexität nach hinten am Dorsaltheile und nach vorn am Lumbartheile vorkommt. Die einfache, aber totale bogenförmige Krümmung nach hinten ist vornehmlich senile Deviation, kommt aber weiter bei manchen Rükenmarkskranken mit progressiver Paralyse, bei anhaltenden Arbeiten, die zu einer gekrümmten Stellung nöthigen, beim häufigen Tragen schwerer Lasten, endlich bei gleichmässiger Ausdehnung beider Lungen oder Ausfüllung beider Pleurasäke (doppeltem Emphysem und doppeltem Hydrothorax) vor. Die Krümmung kann höchst verschiedene Grade zeigen, von der leichtesten Krümmung bis zu der, welche sich einem Halbkreise nähert oder ihn gar überschreitet. Bei hohen Graden dieser Art von Krümmung pflegt sie fast immer ungleichförmig zu werden und auch in mässigeren Graden ist sie gewöhnlich an einem Abschnitte der Wirbel auffallender, als an den übrigen. Eine geringere und beschränkte bogenförmige Krümmung nach hinten, hauptsächlich an dem Cervicaltheil und dem obern Dorsaltheil der Wirbelsäule bemerkbar, fällt häufig mit Einsenkungen des obern Theils des Thorax zusammen und stellt daher einen der Charactere des phthisischen Habitus dar. — Die Lordose ist am häufigsten im Lumbartheile, kommt theils durch Schwäche der Musculatur in dem früheren Kindesalter, theils wohl auch durch rhachitische Entartung, seltener durch andere Wirbelkrankheiten zustande. Sie bedingt eine ungewöhnliche Vorwölbung des Bauchs und eine stärkere Neigung des Bekens. Die Lordose an dem Dorsaltheile der Wirbelsäule ist meistens mit andern viel beträchtlicheren Deviationen der Wirbelsäule combinirt. — Die doppelte curvenartige Krümmung stellt sich in den Fällen ein, wo eine beträchtliche bogenförmige Kyphose in dem Dorsaltheil längere Zeit besteht, indem der Lumbartheil der Wirbelsäule eine compensirende Krümmung nach vorn eingeht.

3) Die Winkelkrümmung, welche in der unendlich überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit der Spize des Winkels nach hinten gerichtet ist (Gibbus), wobei nicht eine Krümmung im Ganzen besteht, sondern die Wirbelsäule zwei annähernd gerade Linien bildet, welche an der Stelle eines oder zweier Wirbel in einem Winkel aufeinanderstossen. Sie hat am häufigsten an den Dorsalwirbeln ihren Siz und kommt vornehmlich durch Krankheiten der Wirbel selbst, namentlich suppurative Entzündungen mit theilweiser Zertrümmerung derselben, auch wohl nach Fracturen vor. Gewöhnlich stellt sich danach eine compensirende Lordose des Lumbartheils her und scoliotische Seitenverkrümmungen können daneben bestehen. — Viel seltener findet eine Winkelverkrümmung nach der Seite hin und noch seltener mit der Spize nach vorn statt.

4) Die quere Verschiebung einzelner Wirbel kann in zwei verschiedenen Weisen statthaben:

a) in der Art einer horizontalen Abweichung eines oder einiger Wirbel aus der Achse der Säule, sei es nach rükwärts, sei es nach vorwärts, oder am ehesten nach einer Seite zu;

b) als rotatorische Verschiebung, bei welcher ein oder mehrere Wirbel zwar in ihrer Linie verbleiben, aber um ihre Längenachse sich gedreht haben, so dass eine seitliche Abweichung eines oder mehrerer

Dornfortsäze bemerkt wird, welcher eine entgegengesezte Wendung der Wirbelkörper entspricht.

Diese Querverschiebungen, welche stets nur auf einzelne Wirbel beschränkt sind, aber zuweilen an mehreren Stellen der Wirbelsäule einzelne Wirbel in verschiedener Richtung betreffen, gehören zu den interessantesten Deviationen des Rükgrats und zwar sind die horizontalen Abweichungen die ungleich selteneren, sie sind in den meisten Fällen nur scheinbar vorhanden, indem bei der rotatorischen Verschiebung der seitliche Stand der Dornfortsäze fälschlicher Weise für eine Ausweichung der betreffenden Wirbel gehalten wird. Diese queren Verschiebungen können durch Wirbelkrankheiten herbeigeführt werden; sie können durch eine ungleiche Thätigkeit der Muskel bedingt sein; sie begleiten sehr oft die andern Deviationen; aber ihr auffallendstes Vorkommen findet sich am Dorsaltheile als Folge eines pleuritischen Exsudats und zwar schon in dem frühesten Stadium desselben und selbst bei einer sehr mässigen Ausschwizung in der Pleura. Die Querverschiebung führt sehr häufig nachträglich zu einer scoliotischen Ausbuchtung und ist, wenn diese Complication eintritt, in ihrem näheren Verhalten meist nicht mehr deutlich zu erkennen.

Die durch Pleuritis entstehenden Verschiebungen betreffen meist nur zwei bis drei Dornfortsäze und entsprechen nicht der ganzen Ausdehnung des pleuritischen Exsudats, sondern werden häufig nur in der Gegend der obern Grenze desselben wahrgenommen; bei massenhaften pleuritischen Exsudationen finden sich zuweilen an zwei oder selbst mehreren getrennten Stellen des dorsalen Rükgratabschnitts Verschiebungen und zwar bald in übereinstimmender Richtung, bald nach entgegengesezten Richtungen. Sie bilden sich bald in der Periode der Zunahme des pleuritischen Exsudats, bald in der seiner Abnahme. Nach alledem scheint die Genese dieser Verschiebungen eine verschiedene zu sein und zwar ist wohl am seltensten und nur bei sehr massenhaften Ausfüllungen der Pleura eine wirkliche Ausbuchtung der Wirbelsäule und Verdrängung durch das pleuritische Exsudat vorhanden; vielmehr ist ohne Zweifel in der Mehrzahl der Fälle die Verschiebung nur eine rotatorische und vermuthlich abhängig von den durch die Entzündung bedingten paralytischen Zuständen der tieferen Schichten der Rükenmuskel (namentlich der Rotatores dorsi, der Bündel des Multifidus spinae und wahrscheinlich noch mancher anderer) und der einseitigen Thätigkeit ihrer entsprechenden Antagonisten. Bei der Aufeinanderschichtung von Muskeln mit verschiedenem Faserzuge und mit verschiedenen Ansazpunkten und Functionen am Rüken muss in den einzelnen Fällen je nach der Ausdehnung der Muskelparalyse die Stellung der Wirbel und daher die Richtung ihrer Dornfortsäze eine verschiedene sein, bald gegen das pleuritische Exsudat geneigt, bald von ihm abgewendet.

B. Der Einfluss der Deviationen der Wirbelsäule ist ein sehr mannigfaltiger auf verschiedene Theile.

1) Die Wirbel selbst nehmen bei den verschiedenen Deviationen eine wenn auch oft sehr unmerkliche Gestaltsveränderung an.

2) Es entstehen in der übrigen Wirbelsäule compensirende Deviationen, welche jedoch selten den Grad der ursprünglichen erreichen.

3) Die Musculatur, welche sich an die Wirbel ansezt, gelangt zu einer ungleichförmigen Thätigkeit, wodurch ihrerseits wiederum die Deviation selbst gesteigert wird, so dass jede einmal entstandene Abweichung in sich selber den Grund zu zunehmender Verkrümmung trägt.

4) Die sämmtlichen der Wirbelsäule anliegenden und benachbarten Theile des Skeletts verlieren mehr oder weniger ihre Symmetrie und diess um so mehr, in je früherer Lebensperiode die Krümmung entstanden ist.

Besonders die Schulter, der Thorax, das Beken werden mehr oder weniger difform und asymmetrisch. Bei frühzeitig ausgebildeten Abweichungen des Rükgrats höheren Grades dehnt sich die Asymmetrie sehr gewöhnlich auch auf die Stellung der Beine und selbst auf die Schädelknochen aus.

5) Das Rükenmark kann bei höheren Graden von Krümmung einen mehr oder weniger beträchtlichen Druk erleiden, vornehmlich wenn eine auf eine Stelle beschränkte erhebliche Deviation besteht, wie bei der winkelförmigen Krümmung und bei horizontalen Ausweichungen.

6) Endlich leiden die Eingeweide und andere Contenta des Rumpfes theils durch die Krümmung der Wirbelsäule selbst, theils mittelbar durch die daraus gefolgten Difformitäten des Thorax und des Bekens. Am auffallendsten ist derEinfluss einer beträchtlichen Rükgratskrümmung gewöhnlich auf das Herz, welches namentlich in seiner rechten Hälfte gemeiniglich erweitert und hypertrophirt ist; auf die Lungen, welche stellenweise comprimirt, stellenweise emphysematös zu sein pflegen, auffallend selten aber tuberculisirende Exsudate zeigen; auf die Leber, welche oft sehr bedeutende Formveränderungen erleidet; auf die Organe des Bekens, welche dislocirt und in mehrfachen Beziehungen in ihren Functionen gestört sein können. S. das Einzelne bei den speciellen Organen.

III. Therapie.

Die Behandlung der Rükgratsdeviationen kann nur bei leichten Graden, in frischen Fällen und zugleich bei vollkommen beseitigbaren Ursachen von radicalem Erfolge sein. Nichtsdestoweniger verdienen aber auch diejenigen Fälle, welche keine Aussicht hiezu geben, eine ernste therapeutische Beachtung, allerdings nicht mit dem Zweke, das Gebrechen zu heben, wohl aber mit dem, sein Weiterfortschreiten und die immer grösser werdende Difformität nach Möglichkeit zu beschränken und aufzuhalten. Auch kann selbst in weitgekommenen Fällen durch ein consequentes und anhaltendes Verfahren zuweilen eine erhebliche Besserung noch erzielt werden.

Die beste Aussicht für die Therapie geben bei sonst gleichen Verhältnissen diejenigen Fälle, wo die Rükgratsverkrümmung nur von der Musculatur abhängt, ferner diejenigen, wo durch einen vorübergehenden Krankheitsprocess, wie durch eine Pleuritis die Abweichung herbeigeführt war. Wenn dagegen in dem Bänderapparate, in den Knorpeln, in den Wirbeln selbst, oder in unentfernbaren, auf die Wirbelsäule drükenden Massen (vergrösserten Organen, Afterprodukten, Exsudaten) der Grund der Verkrümmung liegt, so ist eine Besserung kaum zu erwarten und die günstigste Aussicht die, dass das Missverhältniss in der Stellung der Wirbel nicht weiter zunehme.

Die Indicationen bei der Rükgratsverkrümmung sind:

1) die möglichste Beseitigung oder Verminderung aller derjenigen ursächlichen Verhältnisse, welche bei ihrer Entstehung mitwirken und welche ihre Fortdauer unterhalten können;

2) eine angemessene Einwirkung auf die Musculatur, theils auf die im abnormen Zustande befindlichen Rükenmuskel im Speciellen, theils auf die Gesammtmusculatur: methodische Kräftigung geschwächter und schlecht genährter Muskel (entsprechende gymnastische Uebungen mit besonderer Rüksichtnahme auf die einzelnen Muskel je nach der Art des Zustands), Ueberwindung der Muskelspannungen durch erschlaffende Mittel, durch Zug, durch Schnitt;

3) directe mechanische Mittel zur Geradrichtung und Geraderhaltung der Wirbelsäule;

4) Behandlung der Folgen der Rükgratsverkrümmungen.

Die meisten Mittel, durch welche diesen Indicationen zu entsprechen ist, sind theils hygieinische, welche sich dem Wesen nach nicht unterscheiden von derjenigen hygieinischen Pflege, die einer nicht ganz kräftigen Constitution zu widmen ist, die aber nur mit grösserer Aufmerksamkeit und Consequenz zu verfolgen und nach der Besonderheit des Falls zu modificiren ist; theils sind sie chirurgische Mittel und fallen daher nicht in den Plan unserer Darstellung. Medicamentöse Mittel sind nur entweder mit Rüksicht auf besondere Constitutionscomplicationen oder gegen einzelne specielle Zufälle in Anwendung zu sezen.

F. MORTIFICATIONSPROCESSE.

Die Mortificationsprocesse an der Wirbelsäule sind stets secundärer Art. Es sind namentlich folgende:

1) Die Usur der Wirbelknochen: wenn dieselben einem anhaltenden Druke benachbarter Weichtheile, am häufigsten dem eines Aneurysma ausgesezt sind. Nur bei umfangreicher Abnüzung entstehen dadurch beträchtlichere Zufälle, sei es in Beziehung auf die Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule, sei es in Beziehung auf die Functionen des Rükenmarks, wenn die drükende Geschwulst bis auf dieses vorgedrungen ist.

2) Die Caries der Wirbelknochen, welche sich als consecutiver Process an die Entzündung und an die Tuberculose dieser Theile anschliesst.

3) Die Necrose der Knochen der Wirbelsäule, welche theils nach einer traumatischen Entblössung, theils zuweilen im Verlaufe der Caries nach Entleerung des Eiters, theils endlich, besonders am Kreuzbein bei bis auf den Knochen fortschreitender Gangrän der Weichtheile zustandekommt.

III. AFFECTIONEN DER RÜKENMUSKEL.

Die Affectionen der Rükenmuskel stimmen im Wesentlichen mit denen des Mukelsystems überhaupt überein und es sind nur einzelne Formen theils bei ihnen häufiger vorkommend, theils in ihren Formen eigenthümlich.

1) Die gewöhnlichste acute Erkrankung der Rükenmuskel ist der bald von Erkältungen, bald von ungeschikten Anstrengungen herbeigeführte Muskelschmerz, welcher, wie schon Bd. II. 327. ausgeführt wurde, von sehr verschiedenen localen Verhältnissen abhängen kann und ausser an den Lendenmuskeln (s. Lumbago) am häufigsten am Naken, jedoch auch an andern Stellen des Rükens vorkommt.

2) Die spastischen und paralytischen Zustände in den Rükenmuskeln participiren theils an den allgemeinen spasmodischen und paralytischen Zuständen und erheischen in dieser Beziehung keine nähere Be-

trachtung, theils kommen sie unter sehr mannigfaltigen Ursachen (Residuen anderer Krämpfe, Localentzündungen und andern Processen in den benachbarten Theilen, Muskelschwäche überhaupt und schlechter Gewöhnung, Anstrengung einzelner Partieen etc.) mehr örtlich und habituell vor und werden, wie schon erwähnt, eine der häufigsten Ursachen der Deviationen der Wirbelsäule.

3) Die Muscularentzündung kommt an den Rükenmuskeln weder in besonders auffallender und eigenthümlicher, noch in vorwiegend häufiger Weise vor und gibt keine Differenzen von den Entzündungen anderer Muskelpartieen.

4) Das Atrophiren der Rükenmusculatur findet sich theils bei allgemeinem Marasmus, theils und ganz besonders bei chronischen Erkrankungen des Rükenmarks.

AFFECTIONEN DES GEHIRNS UND SEINER HÜLLEN.

PHYSIOLOGISCHE VORBEMERKUNGEN.

Die Nervenmasse, aus welcher das Gehirn gebildet ist, ist in zwei im Groben symmetrische, im Einzelnen aber zahlreiche Asymmetrieen zeigende Hälften geordnet, welche ihrerseits in eine Anzahl einzelner bis zu einem gewissen Grad abgegrenzter Abtheilungen zerfallen, die theils paarig vorhanden, theils in der Mittellinie gelegen und einfach sind. Als Hauptabtheilungen des Gehirns sind zunächst das Grosshirn und das Kleinhirn (jedes mit seinen beiden Hemisphären) und das Mittelhirn zu unterscheiden. Das Grosshirn zerfällt überdem an seiner gegen den Boden der Schädelhöhle gerichteten Fläche in drei grosse paarige Lappen (vordere, mittlere und hintere), und jede einzelne aller dieser Abtheilungen wiederum in sehr zahlreiche, mehr oder weniger hervortretende und abgezeichnete Abschnitte. Die gegen das Schädeldach gerichtete convexe Fläche des Grosshirns zeigt die Lappenabtheilung nicht, ist dagegen durch die zahlreichen unregelmässigen sogen. Gyri ausgezeichnet. — Das Normalgewicht des Gehirns ist bei dem gesunden erwachsenen Manne im Durchschnitt etwa 3 Pfund, beim gesunden erwachsenen Weibe im Durchschnitt $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$ Pfund weniger. Die Grenzen des normalen Gewichts sind beim gesunden erwachsenen Manne oder Weibe nicht mit Bestimmtheit anzugeben. — Die Hirnmasse enthält graue und weisse Nervensubstanz in den mannigfaltigsten Anordnungen und Combinationen; die graue bedekt fast allenthalben als Rindenbeleg die weisse Masse, die leztere stellt überwiegend die innere Markmasse dar, schliesst aber an vielen Stellen bald reichlicher bald sparsamer einzelne graue Schichten, Streifen und Kerne ein. Im Allgemeinen lässt sich als Grundlage des Gehirns und der Faserzüge seiner Masse eine Fortsezung und Ausbreitung der drei paarigen Rükenmarksstränge ansehen, welche sowohl gegen das Grosshirn, als im Kleinhirn mit mehr oder weniger Deutlichkeit zu verfolgen sind, zahlreiche Verschiebungen unter einander bildend. Hiezu kommt aber noch eine weitere und selbständige Masse von Faserzügen und unendlich zahlreiche Ganglienkugeln, welche zwischen jene

Ausbreitungen der Stränge eingelagert sind, sie durchdringen und sie zum Theil in kleineren und grösseren Lagern umkleiden. Endlich gesellen sich noch hinzu die Wurzelausbreitungen der Hirnnerven, welche sich wie der Opticus und Olfactorius in das Hirn selbst, oder aber wie die übrigen in das verlängerte Mark einsenken und sich von der Einmündungsstelle aus weithin mit nicht zu bezeichnender Grenze durch die übrigen Faserzüge des Gehirns hindurch erstreken und mit ihnen sich vermischen.

Die detaillirte topographische Beschreibung der einzelnen Theile des Gehirns muss als zu weit abführend hier umgangen und in Betreff derselben auf die zahlreichen Darstellungen in den Werken über descriptive Anatomie verwiesen werden. In Beziehung auf das Lageverhältniss der einzelnen grösseren Hirnabschnitte zu einander und zum Schädel ist ein vorzüglich anschauliches Bild in Bruns' Handbuch der practischen Chirurgie (specieller Theil I. 591) gegeben und in dem dazu gehörigen Atlas (Taf. III. Fig. 5) sehr instructiv versinnlicht. — Dagegen ist es von grossem practischem Interesse für die innere Pathologie, diejenigen Theile des Gehirns hervorzuheben, welche in Krankheiten von Wichtigkeit sind. Es gibt nämlich eine Anzahl Stellen im Hirne, welche theils in überwiegender Häufigkeit von krankhaften Zufällen und Processen befallen werden, ohne dass man hiefür immer einen genügenden Grund angeben könnte, theils aber, wenn sie befallen werden, vorzugsweise zu Erscheinungen Veranlassung geben, wofür gleichfalls nicht überall eine Erklärung gefunden werden kann. Es sind diess namentlich folgende:

Die ganze convexe Fläche des Gehirns, zumal des Grosshirns, an welcher zwar keine Lappentheilung zu bemerken ist, dagegen durch die Windungen zahlreiche leistenartige Protuberanzen und Einschnitte gebildet werden. Bei den Erkrankungen dieser convexen Fläche wird immer vornehmlich die Rindensubstanz beeinträchtigt. Die Störungen können über den ganzen Umfang der Convexität verbreitet sein, sind aber meist über einer Hemisphäre entwikelter als über der andern und finden sich am häufigsten und am intensivsten in der Nähe der die Grube zwischen beiden Hemisphären begrenzenden Kante; die Vertiefungen zwischen den Gyris erleichtern überdem eine locale Ansammlung von Exsudat und einen ganz beschränkten Ablauf von pathologischen Processen.

Die vorderen Lappen, welche theils an die Stirnfläche des Schädels, theils an die obere Orbitalwand grenzen und auf dem Olfactorius aufliegen, zeigen sowohl Erkrankungen, die auf die Corticalsubstanz beschränkt sind, als auch mehr oder weniger umfassende und in die Markspbstanz eingreifende Störungen und zuweilen umfangreiche Consumtionen. Die Erkrankungen betreffen hier häufiger nur die eine Hemisphäre, viel seltener beide.

Die Fossa Sylvii, gelegen zwischen dem vorderen und mittleren Lappen und sich bis gegen den Sehnerven und sein Chiasma erstrekend, wird ganz vorzugsweise Siz von Exsudationen, welche wohl weniger durch ihren Druk auf den vorderen und mittleren Lappen, als vielmehr durch ihren Einfluss auf den benachbarten Sehnerven, den Oculomotorius und das Mesocephalon symptomenreich sind.

Die Gegend der Sella turcica wird in Betreff ihrer Störungen von der grössten Wichtigkeit, weil hier eine Reihe der einflussreichsten Theile des Gehirns: das Chiasma der Sehnerven, der Hirnanhang, das Tuber cinereum, die Zirbel, der Boden des dritten Ventrikels, die Corpora quadrigemina und über der Sattellehne der Pons vereinigt sind und unmittelbar erreicht werden können. Erkrankungen daselbst verfehlen daher nicht, die mannigfaltigsten Symptome herbeizuführen und diess um so mehr, da sie sich meist nicht auf eine Seite beschränken, sondern über die Mittellinie übergreifen und auf die andere sich erstreken. Doch sind isolirte Störungen an dieser Stelle im Allgemeinen nicht sehr häufig, mit Ausnahme der Fälle, wo sie von Verlezungen oder von Knochenkrankheiten des Schädels ausgehen.

Die Gegend des knöchernen Gehörgangs berührt nach vorn und oben die hintere Seite des Mittellappens, nach hinten und oben die vordere des Kleinhirns und erstrekt sich nach innen bis in die Türkensattelgegend. Daher sind auch Affectionen dieser Region von bedeutendem Belange: chronische pflegen sich entweder gegen den Mittellappen oder gegen das Kleinhirn zu wenden, acute (Extravasate und Eiter) dagegen erreichen meist das Mesocephalon. Die Erkrankungen an dieser Stelle gehen gewöhnlich von dem Gehörorgane und seinem Knochengerüste aus.

Die untere Fläche des Kleinhirns, besonders derjenige Theil, welcher gegen die Mittellinie hin gelegen dem Reil'schen Thale benachbart ist, und auch die nächstfolgenden Schichten des Kleinhirnmarks sind nicht nur sehr häufig der Siz von

Erkrankungen, sondern darum von ganz besonderer Wichtigkeit, weil von dort aus ein directer oder mittelbarer Druk auf die sämmtlichen Hirnnerven der einen Seite (Olfactorius und Opticus ausgenommen) ausgeübt werden kann.

Die Basis des Gehirns vereinigt ausser der Oblongata und dem Ursprunge der Hirnnerven den vorderen und unteren Theil des Kleinhirns, die Hirnstiele, den Pons, den Hirnanhang, das Chiasma und die am meisten nach innen gelegenen Stellen der unteren Fläche der Mittel- und Vorderlappen des Grosshirns. Affectionen, welche die gesammte Basis des Gehirns befallen, beeinträchtigen somit in hohem Grade die Stellen, an welchen alle die Nervenfasern sich vereinigen, durch die das Gehirn mit dem übrigen Körper in Verbindung ist, und pflegen daher die ausgedehntesten und symptomenreichsten Störungen darzustellen; sie sind zugleich von der grössten Gefahr, weil hier zur Fortsezung des Lebens unumgänglich nöthige Theile beeinträchtigt werden und weil selbst bei einer Ermässigung der Affection an vielen Stellen ihr Fortschreiten oder ihre Fortdauer auf einem einzigen Punkte den Untergang herbeizuführen vermag.

Isolirte Affectionen des Pons sind nicht ganz selten und sind auffallender Weise zuweilen ziemlich lange symptomlos, während in der Mehrzahl der Erkrankungen des Pons sehr schwere und allseitige Zufälle sich herstellen.

Eine Affection, welche einen Hirnschenkel isolirt beeinträchtigt, hemmt den Einfluss der betreffenden Hemisphäre auf die peripherischen Organe, zumal auf die Bewegungen und ruft dadurch sehr häufig eigenthümlich gestaltete krankhafte Bewegungsphänomene hervor.

Die Corpora quadrigemina werden ziemlich selten für sich der Siz einer Erkrankung, in welchem Falle vornehmlich der Sehnerv beeinträchtigt wird. Um so häufiger leiden sie bei den Erkrankungen des dritten Ventrikels und bei Ausdehnungen desselben durch Exsudat.

Die Seitenventrikel, deren Wandungen und ihre Nachbarschaft sind ganz besonders häufig der Siz von Störungen; zunächst werden dadurch, wie es scheint, vorzugsweise motorische Fasern betroffen, allein bei der Nachbarschaft des Chiasma, der Corpora quadrigemina, des Pons und selbst der Hirnrinde können Störungen mit Drukwirkung einen ausgedehnteren Einfluss erlangen: Flüssigkeiten, welche in einem Seitenventrikel abgesezt sind, communiciren, falls sie nicht gerinnen, durch das Monro'sche Loch mit den übrigen Hirnhöhlen. Welche Folgen die häufig secundär eintretenden Veränderungen in den Deken der Seitenventrikel haben, ist unbekannt.

Die in den Seitenventrikeln gelegenen Plexus scheinen, obwohl sie sehr oft Veränderungen darbieten, wenig Einfluss zu haben, wenn nicht anders umfangreiche Tumoren in ihnen sich entwikeln.

Das grosse Marklager, welches sich von der Nachbarschaft der Seitenventrikel aus gegen die Hirnrinde hin erstrekt, die hinteren Grosshirnlappen und ebenso die Mitteltheile des Kleinhirns sind zwar nicht selten Siz von Erkrankungen, aber diese bleiben gewöhnlich so lange latent, bis sie sich einer der schon genannten Regionen genähert oder diese ergriffen haben.

Die Trennung des Organs in verschieden gruppirte Abtheilungen hat ohne Zweifel beim Gehirn eine höchst wichtige Bedeutung. Im Allgemeinen hat sie wohl die Bestimmung, die Isolation der einzelnen Functionsseiten zu ermöglichen und bei den paarigen Abtheilungen theils die eine Körperhälfte zu repräsentiren, theils liefert die Duplicität der Abtheilungen (z. B. in Betreff der intellectuellen Thätigkeiten) ein zweifaches Organ für dieselbe Function und lässt selbst bei der Beeinträchtigung der einen Seite eine Fortdauer jener zu.

Diese Abscheidung in verschiedene Theile beginnt schon sehr zeitig und zum Theil bei der allerersten Entwiklung des Gehirns, in der Art, dass einzelne Abtheilungen des Organs einen ganz separaten Bildungsursprung nehmen. An der Stelle des Gehirns liegt im frühesten Fötalleben eine häutige Blase, die mit einer Flüssigkeit gefüllt ist und mit dem an der Stelle des Rükenmarks befindlichen häutigen Canale unmittelbar communicirt. In der Nervenmasse, welche sich zuerst membranartig in dieser Blase anlagert, entstehen drei Ausbuchtungen, deren Grenzen durch Einschnürungen bezeichnet sind; sie entsprechen in ihrer Lage von hinten nach vorn dem verlängerten Mark, den Vierhügeln und dem Grosshirn. Die beiden ersten Abtheilungen überwiegen anfangs die leztere an Grösse, bleiben aber bei der weiteren Entwiklung hinter ihr zurük. An der Abtheilung des verlängerten Marks sondern sich zuerst die Corpora restiformia ab, aus ihnen sprosst auf jeder Seite eine Hervorragung empor, diese wölben sich über der Masse gegen einander, verschmelzen und bilden so das Rudiment des Kleinhirns. Die Abtheilung der Vierhügel, ursprünglich die grösste, bleibt am meisten in der Ausbildung zurük. Die vorderste Abtheilung verlängert sich zeitig, theilt sich durch eine von oben ein-

senkende Furche in zwei Hälften; sehr frühe schon bemerkt man als eine grössere Massenablagerung die Hirnschenkel, deren vordere Anschwellungen die Sehhügel darstellen; als eine häutige Ausbreitung bemerkt man neben ihnen die gestreiften Körper, deren membranartige Fortsezung das erste Rudiment der Grosshirnhemisphäre ist. Diese Fortsezung wächst nach oben, rollt sich mit ihrer vordern Wand nach hinten um und bildet so über dem gestreiften Körper eine Deke: hiemit ist schon die Hemisphäre mit ihrem Seitenventrikel gebildet; anfangs sehr klein, breitet sie sich immer weiter aus, theils durch Massenzunahme nach vorn, theils nach hinten, Sehhügel, Vierhügel und zulezt das Kleinhirn überwachsend. — Grosshirn und Kleinhirn sind anfangs glatt und ohne Abtheilungen, Furchen und Windungen, erst allmälig im vierten und fünften Monate entstehen mit der Massenzunahme an der Oberfläche Faltungen und Furchungen und noch später lagert sich auf der zuerst allein vorhandenen Marksubstanz graue Rindensubstanz ab; damit bilden sich zugleich die Windungen der Hirnoberfläche, die, anfangs flach und sparsam, mehr und mehr an Tiefe und Menge zunehmen. — Schon im dritten Monat des Fötallebens fangen die Verbindungen der beiden Hirnhemisphären: die Commissuren, der Balken, der Fornix und das Septum an sich zu bilden. — Diese Entwiklungsgeschichte des Hirns ist von grosser Wichtigkeit für die Beurtheilung der Defecte, indem sie theils die isolirte Nichtentwiklung grösserer Abtheilungen, namentlich des Kleinhirns begreifen, theils aber für die fehlende oder unvollkommene Ausbildung einzelner Theile des Gehirns die Zeitperiode erkennen lässt, von welcher sie datirt. Es lassen sich namentlich vier Epochen in der Entwiklung des Gehirns festhalten: Bildung des einfachen häutigen Canals — Abscheidung der ersten Sondertheile: verlängertes Mark, Vierhügel und Spuren der centralsten Theile des Grosshirns — Entwiklung der Markmasse des Grosshirns und Kleinhirns (etwa vom dritten Monat ab) — zulezt Ausbildung der Oberfläche und Ablagerung der grauen Rindensubstauz auf derselben. Die zulezt sich entwikelnden Theile müssen nothwendig als gleichgiltiger für die fötale Existenz erscheinen, als die früher sich ausbildenden. Die frühzeitig sich ausbildenden Theile fehlen nur bei lebensunfähigen und auch nach andern Beziehungen missbildeten Früchten; die später entstehenden Abtheilungen können ausbleiben, ohne dass dadurch die übrige Entwiklung des Fötus gehemmt würde.

Beim Neugeborenen hat das Gehirn durchaus einen blassröthlichen Schein, ist von sehr weicher, fast gallertartiger Consistenz und es lässt sich in den Hemisphären noch keine Faserung nachweisen. Nur die am frühesten sich ausbildenden Theile: die Oblongata, der Pons, die Vierhügel und die Sehhügel zeigen schon einige Festigkeit und eine vollkommener weisse Farbe. Die einzelnen Theile sind zwar sämmtlich deutlich ausgebildet, doch ist die graue Substanz an der Oberfläche noch sehr wenig entwikelt und sind die Gyri noch niedrig und sparsam, der Gehalt an Blut ist gering. — Von der Geburt an nimmt das Gehirn nicht nur rasch an Grösse zu, so dass, während das Hirn des Neugeborenen 290 Grammes wiegt, es im fünften Lebensmonat 642, mit zwei Jahren 803 und mit sechs Jahren 1087 Grammes erreicht, sondern seine Masse wird auch fester, die Faserung tritt deutlicher hervor, die graue Corticalsubstanz scheidet sich immer vollkommener von der weisser werdenden Marksubstanz und ihr Durchmesser nimmt zu, die Windungen auf der Hirnoberfläche werden tiefer und zahlreicher, im Innern des Gehirns erscheinen auf der Schnittfläche, jedoch in mässiger Zahl Blutpunkte von hellröthlicher Farbe, an manchen Stellen des Gehirns, vornehmlich aber in der Zirbel fangen sich an feinkörnige Concremente (sogen. Sand) abzulagern, deren Menge mit den Jahren zunimmt. Das Gehirn wächst an Masse bis zum 30sten oder 40sten Jahre; nach Sims (welcher eine temporäre Abnahme des Gehirnvolums in dem Alter zwischen 20 und 30 Jahren nach seinen Wägungen annehmen zu müssen glaubt) erreicht das Gehirn erst zwischen dem 40—50sten Jahr das Maximum seines Volums. Die Bestimmungen über das Normalvolum des Gehirns weichen jedoch bei den verschiedenen Beobachtern erheblich von einander ab. Während Peacock (Monthly Journal. Sept. 1846) das Mittelgewicht des erwachsenen Mannes auf 1568,0 Grammes, das der Frau auf 1403,6 Gr. berechnet, die Extreme beim Mann 1961,5 und 1062,5, beim Weibe 1687,5 und 1149 Grammes findet, hat Parchappe (rech. sur l'encéphale I. 74) das Durchschnittsgewicht bei gesunden

	Männern:	Frauen:
vom 20—30sten Jahr . . .	1384	1257
„ 30—40 „ „ . . .	1435	1259
„ 40—50 „ „ . . .	1337	1249
„ 50—60 „ „ . . .	1397	1226
„ 60—70 „ „ . . .	1347	1239
über 70 Jahren	1300	1192

Grammes gefunden. —

Im Greisenalter wird die Substanz des Gehirns zäher, seine Elasticität grösser, die Farbe des Marks graulicher oder gelblicher, der Blutgehalt geringer, aber das Lumen der das Gehirn durchlaufenden Gefässe weiter und deren Häute diker, so dass sie beim Durchschnitte klaffen, das Gesammtvolum und die Schwere des Gehirns nimmt ab, die Gyri sind schmäler, von breiteren, wohl auch von tieferen Furchen getrennt, an einzelnen Stellen sind die Hirnwindungen eingesunken und es finden sich auf der Oberfläche grubige Vertiefungen. — Die Berüksichtigung dieser Altersverschiedenheiten des Gehirns ist für die Beurtheilung des Leichenbefundes von allergrösster Wichtigkeit: Verhältnisse, die im mittleren Alter normal sind oder symptomlos ertragen werden, können z. B. für das frühere Kindesalter eine schwere Krankheit sein. — Vergl. über diese Verhältnisse besonders Engel (Entwurf einer pathologisch-anatomischen Propädeutik pag. 62).

Die histologischen Elementarbestandtheile des Gehirns: Fasern und Ganglienkugeln kommen zwar mit denen des Rükenmarks und der peripherischen Nerven im Allgemeinen überein, zeigen aber eine grössere Menge feinerer Modificationen und Varietäten, deren Betrachtung jedoch vorläufig ohne Nuzen für die Pathologie ist. — Die graue Substanz ist im Allgemeinen im Gehirn die dekende, doch ist sie auch an vielen Stellen (an der Oblongata, am Pons, an den Hirnschenkeln, im Corpus striatum etc.) zwischen die weisse Substanz eingeschoben und es ist bemerkenswerth, dass überall da, wo graue und weisse Substanz unter einander gemengt sind, oder an den Stellen, wo sie an einander grenzen, vorzugsweise Gewebsstörungen sich finden. — Die Fasermenge des Gehirnmarks ist unendlich zahlreicher, als die des Rükenmarks, es muss also zu den vom Rükenmark aus in das Gehirn einmündenden Fasern eine grosse Anzahl neuer hinzukommen; und diese Vermehrung durch gleichsam selbständige Fasern fängt schon an der Oblongata an. Die Richtung und Art der Faserzüge im Gehirn ist sicher von der grössten Wichtigkeit für die Aufklärung der Hirnfunctionen und ihre Localisation und ist darum auch Gegenstand zahlreicher Forschungen geworden: man hat zumal an erhärteten Gehirnen versucht, den Faserzug zu verfolgen. Die Faserzüge zeigen sich theils als longitudinale, welche vornehmlich die Fortsezung der Rükenmarkstränge, wohl auch der Hirnnerven sind, theils als quere, die zumal in den Commissuren vorherrschen und welche dem Gehirn eigenthümlich zu sein scheinen. Die vorderen Rükenmarkstränge scheinen vornehmlich zum Grosshirn, die seitlichen zum Mittelhirn, die hinteren zum Kleinhirn zu treten. Indessen sind diese und andere Resultate der subtileren Hirnanatomie noch nicht so übereinstimmend und zusammenhängend, dass für die Pathologie daraus ein erheblicher und solider Nuzen gezogen werden könnte. Vergl. darüber Foville (Anatomie du système nerveux cérébro-spinal 1844), Stilling (über die Medulla oblongata 1843 und über den Bau und die Verrichtungen des Gehirns 1846), Ed. Weber (Wagner's Handwörterbuch III. B. 20), Kölliker (Mikrosk. Anat. II. A. 390—488 und Handbuch der Gewebelehre pag. 285—303).

Die Hirnmasse zeigt keine bemerkliche Elasticität. Ebensowenig sind wahrnehmbare selbständige Bewegungen an ihr vorhanden und die Bewegungen, welche bei offenem Schädel an dem Hirn beobachtet werden, sind nur mitgetheilte und zwar doppelter Art: dem Rhythmus der arteriellen Blutbewegung folgend (arterielle Hirnbewegung) und den Respirationsacten folgend (venöse oder respiratorische Hirnbewegung).

Directe Versuche haben die Nichtcompressibilität des Gehirns erwiesen und man hat daraus für die Pathologie und namentlich für die Unmöglichkeit gewisser pathologischer Vorgänge im Gehirn Schlüsse ziehen wollen, welche übereilt waren. So hat man die Möglichkeit einer Blutüberfüllung, der Compressionswirkungen etc. in Zweifel gezogen. Auch zugegeben, dass die Hirnmasse einer elastischen Verkleinerung ihres Volumens nicht fähig ist, so kann derselbe Effect in Beziehung auf die Störung seiner Functionen hervorgebracht werden, wenn durch einen Druk von aussen die Blutmenge, die in den Hirngefässen enthalten ist, der Ernährungssaft, der das Gehirn durchdringt, vermindert wird. Ebenso kann die Veränderung der Gestalt und der relativen Lage der Hirntheile zu einander, wenn ein Druk auf dasselbe wirkt (z. B. die Abplattung der Gyri), für sich schon Folgen haben, welche für die Functionen des Organs beträchtlich genug sind. Ebenso ist es denkbar, dass bei einem stattfindenden Druke auf das Gehirn in kürzester Zeit Gewebstheile untergehen und der fremden Masse Plaz machen, wodurch wiederum die bedeutendsten Folgen herbeigeführt werden können. — Die arterielle und venöse Hirnbewegung ist

nur in den Fällen der Beobachtung zugänglich, wo der knöcherne Schädel eine Lüke hat und das Gehirn entweder gar nicht oder nur durch Weichtheile bedekt wird. Die arterielle Bewegung steigert sich mit der Herzthätigkeit und daher durch alle Einwirkungen, welche auf diese Einfluss haben; die venöse fehlt bei ganz regelmässiger ruhiger Respiration, wird aber bei jeder Störung des Athmens und Steigerung der Athembewegungen hervorgebracht. Siehe darüber: Ecker (physiologische Untersuchungen über die Bewegung des Gehirns und Rükenmarks 1843), Donders (Tijdschrift voor de Geneeskundige Wetenschappen 1850), Bruns (Chirurgie I. 601).

Das Gehirn in seiner Gesammtmasse ist das Organ, das substantielle Substrat für diejenigen Dispositionen, Erscheinungen und Vorgänge, welche man mit dem Namen des psychischen Lebens, des Seelenlebens bezeichnet.

Die Vorgänge des psychischen Lebens sind, soweit wir von ihnen Einsicht haben, an eine bestimmte Organisation und Entwiklung des Gehirns gebunden. Ohne Zweifel besteht zwischen der Grösse des Gehirns, der geistigen Entwiklung und dem Umfang und der Intensität der psychischen Thätigkeiten ein Parallelismus, der jedoch nur als ein annähernder angesehen und namentlich niemals mathematisch bestimmt werden kann. Denn wenn auch mit einer ungewöhnlichen Kleinheit des Gehirns nicht leicht eine erhebliche Geistesentwiklung zusammenfällt, so ist dagegen ein grosses Gehirn nicht nothwendig mit einem entwikelten und weitragenden Seelenleben verbunden, sowenig als eine grosse Mamma immer die grösste Menge Milch gibt. Hienach muss schon die gröbste Grundlage der zuweilen für Phrenologie ausgegebenen Cranioscopie zurükgewiesen werden.

Die Erscheinungen und Verhältnisse des psychischen Lebens können nur soweit einer Betrachtung unterzogen werden, als sie beobachtbar sind. Was wir vom Seelenleben auszusagen berechtigt sind, bezieht sich nur auf denjenigen Theil des psychischen Geschehens, welcher Gegenstand unserer Beobachtung, theils der Selbstbeobachtung, theils der Wahrnehmung der Aeusserungen des psychischen Lebens bei Andern werden kann. Es würde Beschränktheit und Verkennung der Gebietsgrenzen naturwissenschaftlichen Wissens anzeigen, wenn man wähnen wollte, dass damit das psychische Geschehen erschöpfend erkannt wäre. Aber andererseits verlässt man das Feld positiver Forschung, sobald man glaubt, durch Speculation oder auf welch anderem Wege die Lüken ausfüllen zu müssen, welche die empirischen Thatsachen übrig lassen. Was man für Speculation in dieser Hinsicht ausgibt, sind gemeinhin willkürliche, meist in individueller Stimmung wurzelnde Phantasieen oder im besten Fall mit speculativen Formen verzierte oder vielmehr verunreinigte Beobachtungen, deren reellen Ursprung einzugestehen man verkehrter Weise sich nicht entschliessen will. — Das beobachtbare Geschehen des Seelenlebens ist an sich schon unermesslich reich und mannigfaltig und es liegt darin eine volle Berechtigung, dass dieser Theil der Physiologie als eine besondere Wissenschaft sich abgetrennt hat, wenn gleich seine einseitige Ausbildung grösstentheils mehr negativen, als positiven Gewinn gebracht hat; denn man würde sich einer argen Täuschung hingeben, wenn man hoffte, in der sogenannten Psychologie, wie sie sich unter den Händen der meisten theoretischen Philosophen gestaltet hat, irgend naturgemässe Darstellungen oder positive Aufklärungen zu finden. Weit mehr als die Medicin in ihren schlimmsten Epochen ist die speculative Psychologie aus Ontologieen zusammengesezt und wird von solchen bis zur Unkenntlichmachung der Thatsachen beherrscht. Im besten Fall bietet uns die Mehrzahl der philosophischen Psychologieen nicht ein analysirtes, sondern ein categorisirtes Wahrnehmungsmaterial. Dabei wiederholt sich hier wie überall, dass die Ontologieen und Willkürlichkeiten der doctrinären Systeme unter der grossen Menge am meisten Anklang fanden und sich fest in der geläufigen Anschauungsweise einwurzelten, während die in denselben philosophisch-psychologischen Lehrgebäuden sich findenden zahlreichen feinen Bemerkungen, wie sie Männer von Geist selbst bei der schlechtesten Methode zu machen nicht unterlassen konnten, über dem systematischen Nezwerk verloren gingen. Auch in die Medicin sind viele der philosophischen Categorieen in Betreff des psychischen Geschehens zum grossen Nachtheile des Verständnisses eingedrungen und sind bei der Neigung zu ontologischen Auffassungen um so eifriger adoptirt worden. In der That ist der wirkliche, naive, nicht doctrinär eingeschmuggelte, nicht gelehrte Sprachgebrauch unendlich psychologischer, als die Terminologie der Schulen, und in den Wendungen unserer Sprache stösst man auf viel mehr überraschende Verständnisse, als in der Systematik philosophischer Psychologieen. Der Erste unter den Philosophen von Fach, welcher mit der herkömmlichen speculativ doctrinären Methode offen gebrochen

und principmässig an der Auflösung ihrer Ontologieen gearbeitet hat, Herbart (Psychologie als Wissenschaft 1824 und Lehrbuch der Psychologie 1834) urtheilt über seine Vorgänger so ungünstig und scharf, als nur irgend möglich und behauptet, dass in den neueren Zeiten die Psychologie eher rükwärts, als vorwärts gegangen sei. Er hebt dringend hervor, dass alles geistige Leben, wie wir es an uns und an Andern beobachten, als ein zeitliches Geschehen, als eine beständige Veränderung sich zeige, und nimmt daher genau denselben Standpunkt ein, wie die neuere Medicin, wenn sie im Gegensaz zu der früheren Ontologie die Krankheiten als ein Geschehen und nicht als Dinge und Wesen betrachtet. Nächst Herbart und die von ihm gebrochene Bahn verfolgend, hat unter den eigentlich philosophischen Schriftstellern besonders Drobisch (empirische Psychologie nach naturwissenschaftlicher Methode 1842) das psychische Geschehen in physiologischem Sinne aufgefasst und dargestellt. — Unter den Physiologen andererseits haben Viele das psychische Geschehen in ihre Betrachtung gezogen, keiner aber in bündigerer und doch nach allen Seiten hin umfassenderer Weise, als Joh. Müller, (Handbuch der Physiologie des Menschen II. 505), der vielfach selbst an Herbart sich anlehnend die Darstellung der cerebralen Thätigkeiten mit eben der Schärfe und Exactheit zu geben wusste, welche bei ihm die ganze physiologische Doctrin durchdrungen hat. Vergl. überdem Valentin (Lehrb. d. Physiologie 1ste Aufl. II. 815—827), Hagen (Wagner's Handwörterbuch II. 692), Lotze (Medicinische Psychologie oder Physiologie der Seele 1852). — Von Seiten der practischen Psychiatriker ist noch keine umfassende Darstellung der psychischen Verhältnisse versucht worden, so viele einzelne Beiträge sie der Natur der Sache nach zur Kenntniss des Seelenlebens geliefert haben. Die langdauernde Isolirung der Psychiatrie und ihre Entfremdung von den physiologischen Wissenschaften und selbst von der Gesammtmedicin hat in dieser Hinsicht offenbar höchst ungünstig gewirkt und nur erst in dem Werke von Griesinger (Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten 1845) ist der physiopsychologischen Seite ihr Recht geworden, wenn gleich die Kürze der Darstellung und die dadurch nöthig gewordene und ausdrüklich ausgesprochene Resignation, eigene Ansichten über den Zusammenhang der psychischen Erscheinungen zu unterdrüken, wohl manche interessanten und aufklärenden Erörterungen abgeschnitten haben mag. Vergl. auch desselben Verfassers lichtvolle Abhandlungen über psychische Reflexationen (Archiv für physiol. Heilk. II. 76), sowie Domrich (die psychischen Zustände 1849.)

Ein Eingehen in die Verhältnisse des gesunden psychischen Lebens kann hier nicht umgangen werden, da alles krankhafte Sein und Geschehen sein vollkommenes Analogon und allüberall seine Wurzeln in gesunden Vorgängen, Zuständen und Dispositionen hat. Gerade in diesem Gebiete wird es auch anschaulich und einleuchtend, und zwar in noch weit höherem Grade als bei sogenannten körperlichen Störungen, dass auf allen Punkten es ein vergebliches Unternehmen ist, die Grenzen zwischen normalen und krankhaften Verhaltungsweisen festzustellen. Das Krankhafte liegt bei den Functionsstörungen des Gehirns nicht oder nur ausnahmsweise in der qualitativen Art des Seins und Geschehens: dasselbe Verhalten und Geschehen kann auch bei dem Gesündesten vorkommen; was es als krankhaft characterisirt, ist bald nur die Seltenheit der Abweichung von dem gewohnten Gange, bald die Häufigkeit, bald der Grad, bald die Dauer des abweichenden Geschehens, bald die Inconsequenz (die Differenz der einzelnen Vorgänge), bald die unverrükbare Consequenz (der innige Zusammenhalt von Irrthümern und falschen Anschauungen und der Einfluss derselben auf alle psychische Thätigkeiten), bald die Nichtübereinstimmung des Geschehens mit den erweislichen Ursachen, bald das grelle Missverhältniss desselben zu dem Selbstzwek der Individualität. In der That bezeichnet die Sprache vortrefflich die zwei verwandten Seiten der nicht durch Realität motivirten psychischen Thätigkeit mit Einem Ausdruk: Irren; und es erscheint der naiven Auffassung vollkommen richtig ein Mensch, der habituell irrt, als ein Irrer.

Es lassen sich bei dem Gehirn, wie freilich bei jedem Organ, unterscheiden:

die Functionen, d. h. die Bestimmungen des Organs;

die Fähigkeiten, Anlagen, Dispositionen, d. h. die mögliche Bethätigung der Functionen;

die Leistungen oder Thätigkeiten, d. h. die Erfüllung der Bestimmung des Organs.

Die Functionen des Organs sind der Species eigenthümlich und ein Fehlen der Function ist nicht nur unter allen Umständen krankhaft, sondern auch ein höchst seltener Defect. Die Fähigkeiten dagegen zeigen die unendlichste individuelle Verschiedenheit nach Grad und Modification. Das Gehirn kann troz der vollkommensten Fähigkeit zu seinen Functionen nach einer oder mehreren oder nach allen Seiten hin sich im Zustande der Ruhe verhalten. Der Gegensaz dazu ist die Thätigkeit des Organs, die nicht nur individuelle Differenzen zeigt, sondern in jedem Momente wechselt.

Die Fähigkeiten und die Leistungen des Gehirns zeigen nach mehreren Seiten hin eine gradweise Entwiklung und Differenz:

in Betreff ihrer Schärfe, d. h. ihrer Annäherung an die niemals zu erreichende Reinheit, also der relativ ungemischten Ausführung der Thätigkeiten, beziehungsweise der Befähigung dazu;

in Betreff der Raschheit der Leistungen, der Beweglichkeit und der Befähigung dazu, d. h. ihrer Dienstbarkeit;

in Betreff ihrer Ausdauer.

Nach allen diesen drei Seiten hin sind bei den verschiedenen Individuen und auch temporär bei demselben Individuum die grössten Differenzen möglich und die Steigerung nach der einen Seite ist oft mit einer Schwächung nach den andern verbunden. Von dem gemeinsamen Verhalten nach allen diesen drei Seiten hin hängt die Energie der cerebralen Befähigung und der Gehalt der thätigen Aeusserungen des Gehirns ab. Bei jedem einzelnen Geschehen wie bei der Wechselwirkung der Hirnphänomene zu einander wiederholt sich diese graduelle Differenz und wird für die Beurtheilung der psychischen Individualität oder des augenbliklichen psychischen Zustandes von der grössten Wichtigkeit.

Das psychische Sein und Geschehen hat eine zweifache Beziehung zur Aussenwelt: die eine darin, dass es von äusseren Einflüssen durch Vermittlung der Sinneswerkzeuge bestimmt wird, diess geschieht durch die Thätigkeit des Wahrnehmens; die andere darin, dass das Gehirn Impulse zu Veränderungen in den motorischen Apparaten des Körpers liefert, wodurch dieser auf die Aussenwelt einzuwirken vermag: Bewegungen. Zwischen Wahrnehmungen und Bewegungen ist ein mehr oder weniger complicirter Process von Vorgängen eingeschoben, welche einerseits den Empfindungen sich anschliessend durch sie bis zu einem gewissen Grade bestimmt und hervorgerufen werden: Vorstellungen; andererseits in gleichsam activer Richtung den Uebergang zu den Bewegungsimpulsen darstellen: Bestrebungen. Das Wahrnehmen, Vorstellen, Bestreben und die Bewegungsimpulse sind die Elemente der Gehirnfunctionen und die Arten seiner Thätigkeit; und Vorstellen und Bestreben bilden für sich gemeinschaftlich das eigentlich geistige Leben, die Welt der Gedanken.

Die Befähigung zu den vier Arten der cerebralen Functionirung ist an sich eine ganz allgemeine. Nur in der frühesten Kindheit erscheinen Wahrnehmungen und Bewegungen als die einzigen Thätigkeiten des Gehirns; aber mit der Entwiklung des Gehirns tritt in immer grösserer Mächtigkeit der complicirte Process von Vorstellungen und Bestrebungen zwischen sie, welcher nur bei starken äusseren Eindrüken, bei manchen durch lange Gewöhnung geläufig gewordenen Anknüpfungen der Bewegung an die Wahrnehmung, oder in krankhaften Fällen übersprungen wird. Dieser Process, der im Gehirne in dem intermediären Gebiete zwischen Wahrnehmen und Bewegen, zwischen sensoriellen und motorischen Fasern vorgeht, ist das Denken und die Gedanken sind die einzelnen relativ fixen Punkte und Ergebnisse dieses Processes.

Den einzelnen Seiten der psychischen Functionen dienen ohne Zweifel verschiedene Abschnitte des Gehirns als Substrate und Organ, und man hat theils nach den Erscheinungen bei Kranken und den damit zusammengehaltenen Sectionserfunden, theils durch die Vergleichung der Grössenverhältnisse einzelner Theile am Kopfe mit der Entwiklung der Fähigkeiten, theils durch Vivisectionen von Thieren die Localisation der einzelnen Gehirnfunctionen zu bestimmen gesucht.

Was das Grosshirn anbelangt, so kann nach pathologischen Thatsachen mit ziemlicher Sicherheit angenommen werden, dass die oberflächliche Schichte des Gehirns,

die Rinde, das Organ für das Vorstellen, das Mittelhirn und der Hirnstamm mit seinen Ausbreitungen das Organ für das Wahrnehmen, die Nachbarschaft der Seitenventrikel und wahrscheinlich manche andere Theile des Gehirns das Organ für die Bewegung seien, so zwar, dass das Organ für die Vorstellungen paarig erscheint, das für die Bewegungen in jeder Hemisphäre nur eine und zwar die entgegengesezte Körperhälfte repräsentirt, das für die Wahrnehmungen dagegen eine Streke lang in beiden Hemisphären getrennt ist, an unbekannter Stelle aber verschmilzt. Man hat nach pathologischen Erfahrungen die Localisation der psychischen Functionen noch weiter zu treiben versucht und namentlich Foville (Dictionn. en XV. Vol. VII. 218) nimmt an, dass nicht nur die Corticalsubstanz der Hirnwindungen der Siz der intellectuellen Functionen, die centralen Faserzüge das Organ für die Bewegungen seien, sondern noch weiter, dass der Sehhügel und die Ausbreitung seiner Fasern den Bewegungen der oberen Extremitäten, das Corpus striatum und seine Fasern denen der unteren Extremitäten, das Ammonshorn und der mittlere Lappen des Grosshirns denen der Zunge als Organ diene. Noch weiter haben Andere die Localisation getrieben, namentlich manche unter den französischen Pathologen; allein das Material, aus welchem die Schlüsse gezogen wurden, ist zu unrein und zu wenig constatirt, als dass für jezt die Folgerungen acceptirt werden könnten. — Ebensowenig kann man sich nach der gegenwärtigen Lage der Cranioscopie entschliessen, in den Säzen der Anhänger Gall's über die Vertheilung der Hirnfacultäten eine auch nur annähernd wissenschaftliche Verwerthung von Besichtigungsergebnissen zu erbliken, über deren Zufälligkeit oder innere Begründung bis jezt fast so gut wie Nichts entschieden ist.

Die Resultate, welche aus den experimentellen Untersuchungen an Thieren über die Functionen der einzelnen Hirntheile gewonnen worden sind, dürfen nur mit grosser Vorsicht für die Beurtheilung pathologischer Fälle benüzt werden, sie beziehen sich übrigens fast allein auf Bewegungen und Schmerzempfindungen der Thiere und geben gerade über diejenigen Fragen, die der Pathologie und im Speciellen der Diagnostik am wichtigsten sind, höchst dürftigen Aufschluss. Die wichtigsten derselben sind folgende:

Mechanische und andere Insulte und selbst Ausschneiden der Hemisphären des Grosshirns werden ohne irgend ein Zeichen von Schmerz von den Thieren ertragen. Ebensowenig rufen Reizungen der Grosshirnhemisphären Zukungen oder Krämpfe hervor. Wird eine Hemisphäre des Grosshirns entfernt, so fällt das Thier nach der entgegengesezten Körperseite und zeigt an derselben Hemiplegie. Nach der Entfernung beider Hemisphären sind die Thiere schlafsüchtig, geben keine Zeichen von sinnlichen Wahrnehmungen, wohl aber bei Misshandlung irgend einer Hautstelle Zeichen von Schmerzempfindung, sie fallen zusammen oder können nur kurze Zeit mit gespreizten Beinen stehen. Doch gibt es Thiere, bei welchen die Entfernung des Grosshirns keinen Einfluss auf die Locomotionsfähigkeit hat (Frösche). Auch eine Abnahme der Triebe will man nach Entfernung der Grosshirnhemisphären bemerkt haben. — Die Oberfläche der Vierhügel zeigt bei Reizung keinen Schmerz, wohl aber die Tiefe. Bei einseitiger Wegnahme der Vierhügel entsteht Blindheit und Muskelschwäche in der entgegengesezten Körperseite. — Der Pons zeigt an seiner hinteren Fläche grosse Schmerzhaftigkeit; ausserdem entstehen bei seiner Reizung Convulsionen in sämmtlichen Gliedern und nach Verlezung Lähmungen auf der entgegengesezten Körperhälfte.

Ueber das Kleinhirn und seine Functionen haben sowohl pathologische Facta als Experimente am wenigsten Sicheres gelehrt und die gänzliche Abwesenheit dieses Organs, welche nicht so selten sich findet, ohne dass eine besondere Function dadurch total defect wäre, scheint zu beweisen, dass dasselbe keiner Einzelfunction zum Substrat diene. Ueber die Ergebnisse der zahlreichen Beobachtungen von Erkrankungen des Kleinhirns in Bezug auf Störungen s. specielle Betrachtung. Bei Experimenten hat das Kleinhirn weder Schmerzhaftigkeit gezeigt, noch haben seine Reizungen Convulsionen, noch seine Entfernung Bewegungsunfähigkeit hervorgebracht. Am wahrscheinlichsten ist es, dass das Kleinhirn ebensowohl bei den Empfindungen (zumal dem Gesichtsinn), als bei den Bewegungen (Coordinator derselben, Hemmungsorgan nach Budge) betheiligt sei und eine, vorläufig aber nicht formulirbare Beziehung auf den Geschlechtstrieb und die Sexualorgane habe.

Die Oblongata ihrereits ist den eigentlich psychischen Functionen fremd, vermittelt nur die Zuleitung der Empfindungsreize und ist ein Stük der Bahn für die Bewegungsimpulse; aber das Organ hat nach andern später zu besprechenden Beziehungen die höchste Wichtigkeit unter allen Theilen des Körpers.

Die sinnlichen Wahrnehmungen (auch Empfindungen genannt) sind die Eindrüke, welche das Geschehen in den Sinnesorganen auf die entsprechende Hirnstelle macht, sie qualificiren sich daher nach der Verschiedenheit der einzelnen Sinne. Das Wahrnehmen ist durchaus abhängig von dem Zustande und dem Vorgehen in dem Sinnesnerven, diesen bis zu seiner allerdings nicht genau bekannten centralen Endigung verstanden, mögen nun die Zustände und Vorgänge in ihm von äusseren Einwirkungen angeregt sein und ihnen entsprechen (reelle Empfindungen), oder zwar von äusseren Einwirkungen angeregt werden, ohne ihnen aber adäquat zu sein (täuschende Empfindungen, Sinnestäuschungen), oder in einem spontanen und rein subjectiven Verhalten beruhen (subjective Sinnesempfindungen), bei welchem immerhin ein erster Impuls durch die Einwirkung der Aussenwelt nicht ausgeschlossen ist.

Die Wahrnehmungen haben am wenigsten eine physiologische Breite, d. h. ihre Abweichungen von den durch die äusseren Einwirkungen oder durch subjective Zustände der Sinnesorgane motivirten Qualitäten sind ein ziemlich sicheres Zeichen eines krankhaften Verhaltens. Doch findet sich eine Annäherung des noch gesunden Zustandes an den krankhaften in den sogenannten Sinnestäuschungen, sofern sie durch vorgefasste und eingewurzelte Vorstellungen bedingt werden, und in den subjectiven Empfindungen der Träume, welche, wie manche krankhafte ähnliche Erscheinungen oft durch Sinneseindrüke eingeleitet, spontan sich weiterspinnen. Dagegen sind subjective Empfindungen in wachem Zustande ohne Störung in dem peripherischen Organe und namentlich derartige Wahrnehmungen von irgend plastischer Ausbilduug im Laufe des gesunden Hirnlebens eine sehr ungewöhnliche Erscheinung und lassen mindestens den Verdacht einer cerebralen Störung zu. — Die Hirnstellen, welche den einzelnen Gebieten der Wahrnehmung entsprechen, sind nicht genau zu bestimmen. Am sichersten sind die Corpora quadrigemina bei den Gesichtsperceptionen nothwendig. Aber auch andere Theile des Gehirns und sowohl die Hemisphären des Grosshirns, als auch des Kleinhirns scheinen in einer noch nicht ganz aufgeklärten Weise bei den Gesichtswahrnehmungen betheiligt zu sein. Eine vorwiegende Beziehung des Thalamus nervorum opticorum zu der Wahrnehmung von Gesichtseindrüken ist dagegen nicht erwiesen und nicht einmal wahrscheinlich. Noch viel weniger Bestimmtes und Sicheres lässt sich über die centralen Organe der andern Arten sinnlicher Wahrnehmungen sagen.

Das Vorstellen ist reine Gehirnthätigkeit. Die Vorstellungen sind Eigenerscheinungen des Gehirns, nicht mehr abhängig, wenn auch angeregt und entsprungen, von sinnlichen Wahrnehmungen. Sie sind Theilerscheinungen des Processes, der im Gehirne in dem intermediären Gebiete zwischen sensoriellen und motorischen Fasern vorgeht, sie können angesehen werden als gebliebene, wenn auch ursprünglich unmittelbar oder mittelbar durch äussere Einwirkungen hervorgerufene Eindrüke, sie sind gleichsam Eigenthum des Geistes. Die Vorstellungen sind einzeln oder gemischt, in lezterem Fall harmonirend oder dissonirend. Ihrer Ausbildung nach können sie hell und deutlich oder verdunkelt, unterdrükt oder latent sein, wobei sie aufhören, als Vorstellungen zu erscheinen, bis sie durch neue Anregungen wieder activ werden. Ihrer Art nach entsprechen sie theils unter Wiederholung aller specifischer Verschiedenheiten den Sinneswahrnehmungen: primäre oder psychosensorielle Vorstellungen; theils sind sie transcendent, d. h. sie gehen über das Gebiet des unmittelbar Wahrnehmbaren hinaus: secundäre oder psychische Vorstellungen (innere Wahrnehmungen, Ideen, Begriffe, Abstractionen, Urtheile und Schlüsse).

Die Vorstellungen sind weniger in ihren Ursprüngen zu verfolgen, da sie meist schon das Resultat und Product mehrfacher und oft zahlreicher Wahrnehmungen

sind. Ihrer vielfachen Quellen wegen und wegen der ihnen bis zu einem gewissen Grade zukommenden Spontaneität stellen sie sich in unendlicher Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit dar und es ist vergebliches Abmühen, sie in irgend detaillirtere Rubriken ordnen zu wollen. Aus demselben Grunde lassen sie aber auch innerhalb des gesunden Lebens eine weit grössere Breite der Abweichungen von dem Gewöhnlichen zu, diess um so mehr, je abgeleiteter sie sind, je ferner sie mit den unmittelbaren Wahrnehmungen zusammenhängen, so dass namentlich aus psychischen Vorstellungen, so corrumpirt sie auch sein mögen, an sich noch kein Schluss auf krankhaftes Verhalten gemacht werden kann. — Es ist möglich und selbst wahrscheinlich, dass für verschiedene Vorstellungsgebiete besondere Stellen im Gehirn als Organe dienen: eine solche Annahme wird bekräftigt durch die Möglichkeit ihrer einseitigen Entwiklung, durch die Anknüpfung der Vorstellungsgebiete an die specifischen Sinneswahrnehmungen und durch die isolirte Activität einzelner Vorstellungen. Aber zur näheren Bezeichnung der speciellen Substrate besonderer Vorstellungsgebiete fehlt alles genauere thatsächliche Material.

Das Bestreben ist das auf Bewegungsimpulse tendirende Vorstellen, ist gleichsam die geistige Bewegung. Es kann

1) unmittelbar angeregt sein durch Sinneswahrnehmungen: reflectirte Bestrebung:

2) durch Vorstellungen hervorgerufen sein: Begehren; und zwar kann es in lezterer Beziehung begründet sein in einfachen, meist primären Vorstellungen, welche, obwohl oft an sich dunkel, die übrigen Vorstellungsmassen beherrschen: instinctives Begehren; oder es ist das Resultat eines Conflictes von Vorstellungen, wobei meist secundäre mit in Wirkung sind: bewusstes Wollen.

3) kann das Bestreben seinen Grund in früheren Bestrebungen, in deren häufiger Wiederholung, in Angewöhnung gewisser Richtungen der Bestrebung haben, wobei nicht nothwendig neue Wahrnehmungen oder Vorstellungen, oder doch nur solche von der blassesten Art es zu erregen brauchen, so dass es gleichsam unmotivirt erscheint: automatisches Bestreben.

Das Bestreben kann eine zum Objecte hinziehende oder eine entgegengesezte, von ihm abstossende Richtung haben: positives Bestreben oder negatives Bestreben, welch lezteres bei den Begehrungsformen auch als Verabscheuen bezeichnet wird und im Conflicte mit positivem Bestreben als Hemmung erscheint.

Die im gesunden Leben vornehmlich in die Erscheinung tretenden Bestrebungen sind einerseits das instinctive Begehren, d. h. die Triebe, welche sich auf Erreichung zum Leben nothwendiger oder Genuss verschaffender Acte beziehen, nach der Art dieser Acte verschieden (Nahrungstrieb, Bewegungstrieb, Geschlechtstrieb) und wenigstens bei ganz ungestörter Entwiklung der psychischen Thätigkeiten fast ausschliesslich positiv, nur bei Hemmung negativ (destructiv) sind; andererseits das Wollen, welches einen Conflict von Vorstellungen voraussezt und dessen rasche Entwiklung aus den concurrirenden Vorstellungen eines der Merkmale einer kräftigen psychischen Individualität ist. In dieser Sphäre grenzt die noch physiologische ungestümme Begehrlichkeit, wie die Stumpfheit der Triebe und die Willensschwäche in den unmerklichsten Uebergängen ans Pathologische. — Aber auch die andern Formen der Bestrebungen, welche in kranken Zuständen von der allerhöchsten Wichtigkeit werden, sind im gesunden Leben thätig, aber bald nur in intercurrirender Weise, ohne hervortretende Energie und leicht überwältigt, bald aber wenig beachtet, weil sie gewohnheitsmässig geschehen und gleichsam von selbst und in aller Stille in Bewegungen sich auflösen. Bei schlecht gewöhnten und verzogenen Subjecten treten jedoch die unmotivirten Grillen und Launen und die sinnlosen Niaiserieen oft in fast ebenso lästiger Weise hervor, als diess bei psychischen Kranken zu sein pflegt.

Die Bewegungen, welche ausgeführt werden durch die peripherischen motorischen Apparate und vermittelt durch die vom Gehirn aus zu

diesen sich erstrekenden motorischen Nervenfasern, können, soweit sie vom Gehirn abhängig sind und nicht erst ihr Motiv auf der Bahn des Nerven oder in der Peripherie selbst erhalten, erregt werden:

1) direct durch sinnliche Wahrnehmungen: sensoriell-reflectirte Bewegungen:

2) durch Vorstellungen: psychisch-reflectirte Bewegungen;

3) durch instinctives Begehren: instinctive Bewegungen;

4) durch bewusstes Begehren: willkürliche Bewegungen;

5) durch automatisches Bestreben: psychisch-automatische Bewegungen (im Gegensaz zu den erst in dem peripherischen Bewegungsorgane entstehenden automatischen Bewegungen);

6) durch andere intendirte Bewegungen: psychische Mitbewegungen (im Gegensaz zu den erst auf der Nervenbahn und in der Peripherie motivirten Mitbewegungen).

Durch dieselben genetischen Verhältnisse, durch welche eine Bewegung erregt wird, kann auch hemmend Bewegungen entgegengewirkt werden.

Durch den Eintritt und die Beschaffenheit der Bewegungen und ihre Combination zu Handlungen werden die Gehirnzustände und Vorgänge wieder objectivirt, treten in den Kreis fremder Beobachtung ein. Sie bilden das objective Material für die Rükschlüsse auf das psychische Sein und Geschehen eines Individuums.

Bei zahlreichen Bewegungen, selbst der willkürlichen Muskel, ist das Gehirn ganz unbetheiligt: bei den spinalen Reflexbewegungen und Mitbewegungen, sowie bei den durch Krankheiten des Rükenmarks und einzelner Nervenstämme herbeigeführten Bewegungen. Aber auch bei den unter Vermittlung des Gehirns geschehenden Bewegungen ist im einzelnen Fall und zumal bei einer Störung der Antheil des Gehirns von den übrigen mitwirkenden Organen (Rükenmark, Nerven, peripherischem Apparat) nach Möglichkeit zu trennen. Nur nach einer solchen Analyse kann aus den Bewegungen ein richtiger Rükschluss auf cerebrale Verhältnisse gewonnen werden. Viele unter cerebraler Vermittlung geschehende Bewegungen treten ein in Folge einfacher Wahrnehmungen (z. B. Reflexsynergie zwischen Retina und Schliessmuskel der Auglider) oder Vorstellungen ohne Mittelglied einer Bestrebung (die unwillkürlichen Veränderungen der Gesichtszüge bei heiteren und traurigen Vorstellungen, bei Spannung der Aufmerksamkeit, das Lachen etc.). Eine Reihe von Bewegungen ist unmittelbar abhängig von psychischen Vorgängen und Zuständen, von Vorstellungen, wie Bestrebungen, Stimmungen und psychischen Situationen: sie sind die directen Abbilder des psychischen Seins und Geschehens, um so getreuer, je unbewachter das Individuum sich glaubt, je weniger es Herrschaft über sich behalten hat. Hieher gehören: der Habitus der Gesichtszüge, das Mienenspiel, die Haltung des Körpers, die Gesticulationen, die Eigenthümlichkeiten des Ganges, die Stimme, Sprache und Gesang, die Schriftzüge. Diese Bewegungen und Bewegungsresultate sind daher von dem äussersten Gewicht für die Beurtheilung der psychischen Individualität und des jeweiligen psychischen Geschehens. Die psychisch-automatischen Bewegungen treten ein ohne eine Vorstellung (wie z. B. gewisse durch schlechte Gewohnheit angeeignete Bewegungen mit den Händen, mit den Gesichtsmuskeln); die psychischen Mitbewegungen begleiten wohl Vorstellungen und Bestrebungen, aber ohne eine Beziehung zu ihnen zu haben (z. B. die mannigfaltigen nuz- und zweklosen Bewegungen, welche der Verlegene zu machen pflegt). Nur die instinctiven und willkürlichen Bewegungen sind der Ausdruk für entsprechende Bestrebungen. — Bei den Aufschlüssen, welche die Bewegungen der Glieder, des Rumpfes, besonders aber der Gesichtszüge über die cerebralen Zustände zu geben vermögen, ist es von der grössten Wichtigkeit, sich zu gewöhnen, die Bewegungen auch gesunder Individuen bis in ihr feinstes Detail mit Schärfe zu beobachten und dadurch eine solche Uebung zu erlangen, dass jedes abweichende Verhalten auch in den kleinsten und scheinbar untergeordnetsten Gesten und Gesichtsbewegungen sofort bemerkt wird. Manche sonst so pathologische Verhältnisse in dieser Beziehung

können aber auch durch Gewohnheit acquirirt oder durch physiologisch berechtigte besondere Situationen motivirt sein.

Die cerebralen Thätigkeiten sind theils in offener Action, theils latent; die ersteren können in Latenz versinken, die latenten in jedem Momente in offener Action hervortreten. Beide Modi haben Zwischenstufen und Uebergangsformen. Troz des Latentwerdens einer Thätigkeit kann dieselbe an Mächtigkeit ihres Einflusses auf das Gesammtverhalten nichts oder wenig einbüssen, doch schwächt ein längeres anhaltendes Verbleiben in der Latenz allmälig jenen Einfluss und macht schliesslich die betreffende Hirnthätigkeit selbst erlöschen.

Wahrnehmungen, Vorstellungen und Bestrebungen hören nicht auf zu existiren in dem Augenblik, in welchem sie aus dem Gebiete der in Action befindlichen Thätigkeiten heraustreten: sie sind nicht verloren, sie bleiben erworben für immer oder für eine gewisse Zeit und bilden einen Theil des Inhalts des psychischen Seins; sie können in jedem Momente wieder aufs Neue in aller ihrer Klarheit und Stärke hervortreten, ohne dass es neuer Objecte für die Wahrnehmungen, neuer Processe für die Vorstellung und neuer Anregungen für die Bestrebung bedürfte: ja sie wirken in ihrer Latenz fort und zwar in der mächtigsten und einflussreichsten Weise. Selbst wenn die latenten Wahrnehmungen und Vorstellungen im Einzelnen nicht mehr verfügbar sind, nicht mehr in Action zu treten vermögen, bleibt dieser Einfluss. So besteht der Werth der Erziehung, der Bildung, der Studien, der Lebenserfahrung nicht bloss in dem Gewinn eines verfügbaren Wissens, nicht bloss in Aneignung gewisser formaler Fertigkeiten, sondern der unendliche und unersezliche Werth liegt in dem stillen, aber unermesslichen Einfluss, den die dagewesenen, latent gewordenen Thätigkeiten auf das cerebrale Geschehen in seiner Gesammtheit, wie in jedem einzelnsten Zuge zu äussern nicht aufhören. Ebenso besteht der Nachtheil consumirender oder sonst der Bestimmung des Individuums entgegengesezter Thätigkeiten nicht in dem augenbliklichen, meist leicht wieder gut zu machenden Schaden, sondern in dem stillen Fortwirken des Geschehenen auf das ganze fernere psychische Leben (Blasirtheit, böses Gewissen, Verwilderung). — Auch die Bewegungen, zumal oft und mit Willkür wiederholte gehen, nachdem sie zur Ruhe gekommen, nicht verloren, sie bedingen eine erhöhte Disposition, eine Befähigung für dieselbe Thätigkeitsweise, entweder eine Fertigkeit (Virtuosität mit ihren bis ins Unglaubliche gehenden Leistungsfähigkeiten), oder eine schlechte Gewöhnung, über welche selbst der entschiedenste Wille oft nichts mehr vermag.

Im gesunden geistigen Leben ist niemals eine Wahrnehmung, eine Vorstellung, eine Bestrebung oder Bewegung vollkommen isolirt und allein vorhanden; es geschehen nicht nur mehrfache Wahrnehmungen, mehrfache Vorstellungen, mehrfache Bestrebungen, mehrfache Bewegungsimpulse simultan, sondern auch Wahrnehmungscomplexe erfolgen mit Vorstellungscomplexen, diese oder jene mit Bestrebungen oder Bewegungen gleichzeitig, gemischt, combinirt. Ueberdem ist das geistige Leben wie alles Leben ein fortwährendes Geschehen, eine Aufeinanderfolge von Ereignissen, ein beständiges Werden und Wechseln.

Die Coexistenz mehrerer Vorgänge kann eine zufällige, von aussen bedingte, sie kann aber auch durch die allgemeinen oder individuellen Dispositionen selbst bestimmt sein. Die Succession, der Fluss des psychischen Geschehens wird nur zum kleinen Theil durch neue Eindrüke bestimmt, sondern vornehmlich und in dem grössten Umfange durch die vorausgegangenen psychischen Vorgänge selbst und nicht nur durch die nächsten, sondern durch die ferneren und fernsten, durch die ganze Geschichte der psychischen Erlebnisse.

Durch die Coexistenz und Succession cerebraler Thätigkeiten entstehen

in jedem Momente Wechselbeziehungen, Relationen derselben untereinander. Diese Relationen sind im Allgemeinen entweder gegenseitig förderlich, harmonisch, anregend, oder feindlich, dissonirend, einander hinderlich und ausschliessend. Es werden durch die Relationen der Hirnphänomene theils mehr oder weniger fixirte und in sich zusammenhängende Combinationen gewonnen, theils eigenthümliche cerebrale Situationen begründet, theils Thätigkeiten geschärft, gesteigert, erneuert und eingeführt, theils solche beschränkt, geschwächt, gehemmt, unterdrükt und zur Ruhe und Latenz gebracht.

Es gibt, wenigstens im gesunden Zustand des Cerebrallebens, keine Wahrnehmung, Vorstellung, Bestrebung, Bewegung, die absolut einfach und isolirt wäre und nicht sofort der Ausgangspunkt zahlreicher weiterer Hirnthätigkeiten in unabsehbarer Tragweite werden könnte, bis durch einen Zufall eine andere fremdartige Combination und Reihenfolge dazwischentritt und jene abbricht. Die Vielheit der gleichzeitigen Hirnthätigkeiten kann beim einzelnen Individuum und in jedem Moment eine verschiedene sein, ist jedoch keine unbegrenzte; denn je mannigfaltiger und zahlreicher jene werden, um so mehr beschränken und stören sie sich und die Vielheit geht zulezt in einem indifferenten Chaos unter. Es stellt sich hier oft allmälig oder mit einem Male ein wirklich krankhafter Zustand ein, wie auch im Gegentheile die Vereinzelung der Hirnthätigkeit, mag sie in der Form der Vertiefung oder in der der Erfüllung mit sparsamem und bedeutungslosem Inhalte sich darstellen, leicht in das Pathologische umschlagen kann. Nicht weniger zeigen sich Verschiedenheiten in der Art der Succesion des psychischen Geschehens. Es ist der Fluss bald ein langsamer, bald ein rascher, und wiederum liegen dabei die Extreme auf pathologischem Gebiete; es ist ein geordneter, regelmässiger, in eingewohnten Typen sich wiederholender; oder es geschieht die Aneinanderreihung mit nicht durchsichtigen Motiven, in unerwarteten Richtungen und Sprüngen.

Die Relationen der Gehirnthätigkeiten sind unendlich mannigfaltig und die Fülle der Gestaltung des psychischen Geschehens beruht vorzugsweise auf ihnen: coexistente und unmittelbar succedirende Thätigkeiten combiniren sich, ergänzen sich und verschmelzen zu einer Art von Einheit. Die combinirten Wahrnehmungen sind Bilder; die zusammenhängenden Vorstellungen bilden weitere oder engere Vorstellungskreise; die verbundenen Bestrebungen äussern sich als Bestrebungsrichtungen; und die associirten Bewegungsimpulse führen zu zusammengesezten motorischen Acten. Vorstellungen, Bestrebungen und Bewegungsimpulse werden ihrerseits wieder Gegenstand der subjectiven Betrachtung, damit der Vorstellung: sie treten ins Bewusstsein. — Vorstellungen werden das Object von Bestrebungen; sie werden instinctartig, willkürlich, automatisch festgehalten, hervorgerufen. — Bestrebungen werden mit differenten Vorstellungskreisen zusammengehalten: sie werden überlegt. Vorstellungen und Bestrebungen werden Objecte der eigenen Wahrnehmung und der absichtlichen Vorstellung (Selbstbeobachtung). — Auch können sich Thätigkeiten, ohne zu verschmelzen, zu einander fügen, sich coordiniren, subordiniren. — Distincte Vorstellungen werden durch Vergleichung und durch Fallenlassen des Differenten Begriffe, die, wenn nur das Unwesentliche beiseitegesezt wurde, richtige sind, wenn das Wesentliche, falsche. — Nicht verschmolzene Thätigkeiten können sich das Gleichgewicht halten, wie alle dissonirende Wahrnehmungen, wie die Vorstellungskreise und Bestrebungsrichtungen beim Seelenkampfe und in der Unschlüssigkeit. Sie können sich allmälig accommodiren (versöhnen). — Eine Thätigkeit kann das Uebergewicht über die andere erhalten, zur Herrschaft gelangen, die andere färben, ihre Entwiklung hemmen, verdrängen (bei der willkürlichen Ueberwindung von Vorstellungen und Bestrebungen, bei angestrengter Versenkung in eine Betrachtung, bei heftigen Begehrungen). Oder es kann die Vielheit und Mannigfaltigkeit denselben Erfolg haben: bei zerstreuten, flatterhaften, unbeständigen Individuen, bei der Jdeenjagd der Deliranten. — Eine Thätigkeit sezt andere in Bewegung: Association der Ideen, Uebergang der Vorstellung in Bestrebung, der Bestrebung in Handlung, Wiederhervorrufung latent gewordener Vorstellungen (Erinnerung), Erregung neuer, nicht dagewesener Vorstellungen (Spontaneität). Dieses Inbewegungsezen der Thätigkeiten zeigt manche überraschende Verhältnisse, indem die scheinbar bedeutungslosesten und abruptesten Momente Punkte zur Anknüpfung von Erinnerungen und neuen Ideen werden können, während solche an einen zusammenhängenden und allseitig geordneten Vorstellungskreis sich oft nur mit Mühe oder

gar nicht anschliessen, indem ferner nicht nur nach Aehnlichkeit, sondern auch und noch in höherem Grade nach Contrasten die Anziehung der psychischen Thätigkeiten erfolgt. Im kranken Zustande sind dieselben Modi der Association, nur bald schwieriger und sparsamer realisirt, bald aber in noch unmotivirteren und groteskeren Sprüngen erfolgend.

Bei diesen Processen folgt das Gehirn bis zu einem gewissen Grade bestimmten Regeln, die theils als Axiome von einem normal constituirten Gehirn niemals verlezt werden (Denkgeseze), theils durch frühere Thätigkeiten, durch die verschiedenartigsten Einflüsse und Umstände gegeben sind. Eine genaue Bekanntschaft mit den psychischen Verhältnissen eines Individuums lässt daher den Zug der Relationen mit einiger Sicherheit vorausberechnen. Doch bleibt ein bei verschiedenen Subjecten verschiedener Grad der Selbstbestimmbarkeit (psychische Freiheit) übrig, die nur bei den tiefsten Graden der Zerrüttung, des Druks von aussen oder innen ganz fehlt, ihren höchst möglichen Grad aber nur in einem reichen, wohlgeübten und von keiner Seite her eingeengten Seelenleben erreicht.

Von der Harmonie und Dissonanz in den Relationen der cerebralen Thätigkeiten und Zustände hängt vornehmlich der allgemeine Eindruk ab, welchen das jeweilige separate psychische Sein und Geschehen auf die Totalität des psychischen Individuums macht: das Gefühl von Lust oder Unlust, welche Gefühle, sofern sie zur scharfen Wahrnehmung sich entwikeln, als Genuss und als psychischer Schmerz erscheinen. Den Ausdruk Gefühl benüzt der Sprachgebrauch in verschiedenem Sinne: 1) als Empfindung überhaupt, was man als eine Art Missbrauch des Worts ansehen kann; 2) als unbestimmte, nicht analysirte und nicht zu distincten Vorstellungen kommende Empfindung, in welchem Falle man das Gefühl gern dem Verstand entgegensezt; 3) aber als die Stimmung, welche das gegenseitige Verhältniss der cerebalen Thätigkeiten zu einander und zu noch latenten Vorstellungsmassen und Bestrebungsrichtungen hervorruft. Der Erfolg, ob die Relation als eine dissonirende empfunden wird und als Gefühl der Unlust, oder aber als eine harmonische, als Gefühl der Lust, kann abhängen von dem wirklichen Verhältniss der gegenwärtigen Thätigkeiten, d. h. eben von ihrer absoluten und unvermittelten Dissonanz (ihrem unlösbaren Contraste, ihrer unüberwindbaren Hemmung), welche niemals einen andern als einen widerlichen Eindruk hervorrufen kann, wie andererseits von der unwiderstehlichen Gewalt ihrer Harmonie, welche selbst eine vorhandene, widerstrebende Stimmung überwältigt. Es kann der Erfolg aber auch abhängen von der Uebereinstimmung oder dem Widerspruch des Geschehens mit den vorhandenen latenten oder unterdrükten Seelenverhältnissen (mit der Gemüthslage), und in dieser Hinsicht ist das Angenehme oder Unangenehme etwas Relatives, ist Lust oder Unlust von dem früheren subjectiven Verhalten abhängig. Diese leztere Beziehung ist es, welche vornehmlich in krankhaften Zuständen so gewöhnlich den Ausschlag gibt. Häufig erregen Wahrnehmungen und Vorstellungen nicht an sich die Gefühle der Lust oder Unlust, sondern nur durch die Associationen anderer Vorstellungen, anderer Bestrebungen, welche sie in Bewegung sezen, und der Grund, dass in den meisten Fällen krankhafter psychischer Zustände die Unlust vorherrscht, liegt eben darin, dass ein wunder Punkt im Gemüthe durch die beliebigsten Wahrnehmungen, Vorstellungen und fast durch jede Thätigkeit des Gehirns und wenn sie auch noch so ferne zu liegen scheint, immer wieder berührt wird. In welchen Verhältnissen nun auch im einzelnen Falle das Gefühl von Lust oder Unlust begründet sein mag, immer erregt die Störung der Relationen, welche als Lust empfunden werden, Unlust und Schmerz, die Ausgleichung der Beziehungen, welche das Gefühl der Unlust hervorbrachten, Lust und Genuss.

Die Dispositionen des Gehirns beziehen sich auf den individuellen Grad der Geneigtheit und Befähigung zu irgendwelcher normaler oder abnormer Thätigkeitsäusserung und zu irgendwelchem cerebralen Vorgang. Sie können angeboren sein: Anlagen, Gaben, Talente, oder erworben, und in lezterem Falle durch allmälige Einflüsse (Uebung, Gewohnheit, Erfahrungen etc.) oder durch augenblikliche Situationen bedingt sein. Sie erscheinen darum theils als habituelle, theils sind sie transitorisch, selbst ganz momentan vorhanden, oder doch temporär gesteigert, vermindert oder erloschen. Sie können sich beziehen auf einzelne Functionsäusserungen, ihre Schärfe, Dienstbarkeit und Ausdauer, oder auf die Combinirbarkeit

und den Fluss der Phänomene, oder auf deren Relationen zu einander; sie können sich ferner auf Verhältnisse beziehen, welche der Bestimmung des Individuums förderlich sind (Fähigkeiten im engeren Sinne), oder auf Verhältnisse, welche die Bestimmung des Individuums negiren oder behindern und das leztere in Zwiespalt mit nothwendigen ethischen, logischen und ästhetischen Voraussezungen (Axiomen) bringen.

Ein normales Gehirn ist so geartet, dass es für alle überhaupt mögliche Einzelthätigkeiten, Vorgänge und Relationen befähigt ist. Nur in dem Grade dieser Disposition und Befähigung sind innerhalb der Breite der Gesundheit die unendlichsten Verschiedenheiten zu bemerken. Diese Verschiedenheiten begründen nicht nur unendlich zahlreiche und mannigfaltige individuelle Eigenthümlichkeiten, Neigungen, Geschiklichkeiten, Idiosynkrasieen etc., sondern sie bestimmen auch sehr wesentliche Momente gattungsartiger Differenzen: der geschlechtlichen, nationellen Besonderheiten, Stammes-, Familien-, Standes- und Alterseigenthümlichkeiten und bieten in dieser Hinsicht ganz unübersehbare Modificationen und Gruppirungen dar, welche bei der Beurtheilung krankhafter Verhältnisse ihre ganz unzweifelhafte Wichtigkeit haben und für die Gestaltung des pathologischen Geschehens sehr oft entscheidend werden.

Es ist ziemlich willkürlich, wie weit man die Dispositionen spalten und von welchen Gesichtspunkten man sie betrachten will. Am besten lehnt man sich dabei, soweit als möglich, an den naiven Sprachgebrauch an. Die Dispositionen können sich beziehen auf die Fähigkeit zu distincten und scharfen Wahrnehmungen (die Verschiedenheiten in der Unterscheidungsfähigkeit der Gesichtseindrüke, der Töne, der Gerüche, Geschmäke, wobei häufig die hervorragende Fähigkeit als Sinn bezeichnet wird: musikalischer oder Tonsinn, Sinn fürs Plastische, Farbensinn etc.) — die Capacität für Vorstellungen überhaupt oder für bestimmte Vorstellungskreise (intellectuelle Fähigkeit, Fähigkeit für gewisse Gebiete des Wissens) — die Fähigkeit, die Vorstellungen nach ihrer Richtung zu beherrschen (Aufmerksamkeit) — die Fähigkeit, die Vorstellungen in einem den realen Wahrnehmungen adäquaten Verhältniss zu erhalten (Verstand) — die Fähigkeit, andere Vorstellungen zur Vergleichung von Wahrnehmungen und Vorstellungen heranzuziehen (Ueberlegungsfähigkeit) — die Fähigkeit, latente Vorstellungen wieder in Bewegung zu sezen (Gedächtniss) — die Fähigkeit, die eigene Persönlichkeit nach allen ihren Beziehungen von der Aussenwelt zu unterscheiden (Persönlichkeitsbewusstsein) — die Fähigkeit zur freien und lebhaften Bewegung der Vorstellungen (Phantasie) — die Fähigkeit zur intensiven und nachhaltigen Fixirung der Vorstellungen und Bestrebungen (psychische Anstrengungsfähigkeit und Ausdauer) — die Fähigkeit, die Vorstellungen und Begehrungen nach ihrem Inhalte zu beherrschen (Vernunft) — die Fähigkeit, in Wahrnehmungen und Vorstellungen wesentliche Unterschiede zu erkennen (Scharfsinn) — die Fähigkeit, prägnante Beziehungen aufzufinden (Geist) — die Fähigkeit, plözlich überraschende Zusammenstellungen zu treffen (Wiz) etc. etc. etc.

Die Temperamente sind psychische Dispositionen, welche nicht die Fähigkeit für qualitative Arten der Thätigkeit bestimmen, sondern den Grad der Erregbarkeit und Nachhaltigkeit der psychischen Processe. Man unterscheidet die leicht und flüchtig erregbare Disposition (das sanguinische Temperament), die schwierig erregbare Disposition (das phlegmatische Temperament), die Disposition, bei Erregung in heftige und nachhaltige Activität zu gerathen (das cholerische Temperament), die Disposition, durch äussere Einflüsse in nachhaltige Disharmonie zu verfallen, welche bei der passiven Haltung schwierig zur Ausgleichung kommt (melancholisches Temperament).

Eine besondere Art von Disposition wird mit dem Worte Gemüth bezeichnet. Das Gemüth stellt eine Fähigkeit erregt zu werden dar, aber nicht die Empfänglichkeit für einzelne Vorstellungen, Wahrnehmungen und dergl., sondern die Fähigkeit des Individuums, in seinem Totalverhalten durch entsprechende, aber fremde Eindrüke bewegt zu werden, fremde Harmonie als eigene Lust, fremde Dissonanz als eigene Dissonanz mitzuempfinden. Der Gemüthliche, das wohlwollende, theilnehmende Gemüth wird durch fremden Schmerz und fremde Freude zu gleicher Stimmung seiner individuellen Totalität angeregt, das weiche Gemüth wird bis zur Wiederstandslosigkeit auch durch geringere Eindrüke hingerissen; das sentimentale Gemüth gestaltet sich erst mit Hilfe der Phantasie die Situationen zu der Eindringlichkeit, um an ihnen zu participiren; das reiche Gemüth hat viele Anknüpfungspunkte und vermag den mannigfachen Gestaltungen fremder Harmonie und fremden Schmerzes

in adäquaten Stimmungen zu folgen; das harte Gemüth ist wenig zugänglich für Eindrüke fremder Dissonanzen und Harmonieen; der Gemüthskräftige ist nicht unempfänglich für Eindrüke dieser Art, aber er erhält sich die Herrschaft über die bei ihm entstehende Gemüthslage; der Gemüthlose ist entweder von ursprünglicher Anlage baar jener Fähigkeit, oder andere herrschende Vorstellungen und Bestrebungen haben seine Empfänglichkeit abgestumpft. Ohne Gemüth ist keine hingebende Neigung zu andern Individuen in allen ihren Modificationen (Liebe, Kinderliebe, Freundschaft) denkbar und eine ähnliche Disposition, mit den persönlichen Empfindungen die Schiksale einer Gesammtheit zu begleiten, sezt der Patriotismus voraus, obwohl derselbe nicht ohne eine gewisse selbstsüchtige Mischung besteht.

Aber auch nach entgegengesezten Richtungen hin finden Dispositionen statt, die nicht etwa bloss im Mangel glüklicher Gaben und vortheilhafter Fähigkeiten, sondern in ganz positiven, freilich fatalen Anlagen beruhen. Die Flüchtigkeit, die Zerstreutheit und Zerfahrenheit sind ganz bestimmte, einer Steigerung fähige und sogar in einer gewissen Weise mit Aufmerksamkeit, Ausdauer etc. vereint vorkommende Dispositionen. So ist der Egoismus eine Disposition, welche nicht bloss im Mangel des Wohlwollens beruht. So ist es ferner längst anerkannt, dass die Hinneigung zum Bösen, d. h. zu Bestrebungen, welche mit den ethischen Axiomen im Widerspruch stehen, nicht in einem Fehlen verschiedener guten Eigenschaften, sondern in höchst positiven Anlagen begründet ist; ebenso ist die Dummheit eine entschieden positive Disposition und man kann sagen, dass es Menschen gibt, deren geistige Leerheit um so peinlicher wird, weil sie nicht positiv dumm genug sind.

Es mag genügen, hier auf einige dieser Verhältnisse hingewiesen zu haben, da eine erschöpfende Betrachtung der Disposition die Grenzen dieser Prolegomena weit überschreiten müsste. Für die Beurtheilung und vornehmlich für die psychische Behandlung, zumal chronischer Hirnkranken, ist ein unermüdliches Studium ihrer Dispositionen überhaupt und der durch die Krankheit selbst bedingten Steigerungen, Verminderungen und Modificationen derselben von dem allerwichtigsten Belang.

Man mus sich hüten, diese Dispositionen nicht als besondere dem Geiste inwohnende Kräfte oder gar als specielle Existenzen anzusehen, wozu sehr leicht der personificirende Sprachgebrauch (Verstand, Vernunft, Wiz, Phantasie etc.) verführen kann, sondern muss sie vielmehr betrachten als eine nach den verschiedensten Seiten hin verschieden sich gestaltende, durch urprüngliche Verhältnisse wie durch die ganze psychische Lebensgeschichte (Erziehung, Schiksale etc.) bestimmte Constitution des Seelenorgans, vermöge deren dieses bald nach der einen, bald nach der andern Richtung hin zu der Ausübung seiner Functionen mehr oder weniger geschikt und geeignet ist.

Im Gegensaz zu den Einzelphänomenen der Gehirnfunctionen, aber wesentlich aus ihnen bestehend, im Gegensaz ferner zu den einzelnen besonderen Connexionen und Relationen, aber wesentlich an ihrer Art erkenntlich, im Gegensaz endlich zu den einzelnen Fähigkeiten, aber wesentlich durch ihre Qualität und durch den Grad ihrer Entwiklung bestimmt, stellt sich das geistige Leben als eine einheitliche Gesammtheit, als ein Individuelles im strengsten Sinne des Worts dar und die Eigenthümlichkeit der einzelnen psychischen Individualität, wie des temporären psychischen Zustandes beruht nicht auf Besonderheiten des Einzelgeschehens, welches sich vielmehr bei allen Individuen und zu allen Zeiten in gleicher Weise wiederholen kann, sondern auf dem Gesammtausdruke, auf dem Habitus der Gehirnthätigkeiten. — Der Habitus der Gehirnthätigkeiten ist

1) ein permanenter, der das Resultat der ursprünglichen Anlage und der Gesammtgeschichte des psychischen Lebens ist und die dauernde Artung der Individualität begründet: Character;

2) ein zeitlicher, unregelmässig wechselnder, zwar von dem habituellen Typus, aber auch von dem Conflicte äusserer und innerer Umstände, von der zunächst vorhergegangenen Geschichte des inneren Lebens abhängiger: Stimmungen.

3) Tritt mit einer gewissen Regelmässigkeit im gesunden Leben ein

Wechsel zweier differenter Verhaltungsarten der Gehirnfunctionen ein: Wachen und Schlafen.

Von dem psychischen Habitus werden die einzelnen Dispositionen des Geistes wesentlich bestimmt, es werden von ihm die Beziehungen der Phänomene zu einander beherrscht, wie andererseits die vorhandenen Dispositionen und ihre Ausbildung, die Relationen der Phänomene unter einander auf die Gestaltung des Habitus, zunächst nur der Stimmungen, weiterhin aber auch des Characters influiren.

Character und Stimmungen können in der umfassendsten Weise als Inbegriff der (permanenten und momentanen) Individualität, der psychischen Constitution oder nur mit Rüksicht auf einige Seiten des psychischen Lebens genommen werden. In lezterer Beziehung kann man unterscheiden den Character der Wahrnehmungen (je nach ihrem Inhalte, ihrer Deutlichkeit, ihrem Umfange), den Character der Intelligenz (je nach der Klarheit, Menge etc. der Vorstellungen), den sittlichen Character (je nach der Richtung der Bestrebungen und vornehmlich der Begehrungen), den Character der Bewegungen (ihre Kraft und Schwäche, ihre Sicherheit und Unsicherheit), den Character des Flusses der Gehirnfunctionen (lebhafter Character, Geistesträgheit), den Character des Gemüths (je nach der Befähigung, in der individuellen Totalität sich abzuschliessen oder von fremden Eindrüken sich bewegen und bestimmen zu lassen: egoistischer oder gemüthlicher Character). — In derselben Weise unterscheiden sich die Stimmungen, welche überall nur das Momentane, Vorübergehende mit all seinem Geschehen und seinen Dispositionen im Gegensaz zu der stationären Individualität darstellen und es kann somit der Character als eine dauernde Stimmung, die Stimmung als vorübergehender Character angesehen werden. Am einflussreichsten — eben weil sie die Totalität der Persönlichkeit betreffen — sind die Gemüthsstimmungen, welche bald in einer ruhigen Gemüthslage, bald in Aufregungen aus dieser Ruhe, in Gemüthsbewegungen sich darstellen. Dabei beschränkt sich aber bei den Ausdrüken Gemüthsruhe und Gemüthsbewegungen der Sprachgebrauch nicht auf die participirenden Stimmungen der persönlichen Totalität, sondern pflegt überhaupt alle ruhige oder bewegte Gesammtsituationen der Persönlichkeit, selbst wenn sie in rein egoistischen Motiven begründet sind, in jene Ausdrüke einzuschliessen.

Die Stimmung und ebenso der Character erhalten zuweilen ihre Eigenthümlichkeit durch eine einzelne hervorragende Thätigkeitsart oder Relation; aber das Besondere, was die Stimmung oder den Character macht, liegt dabei nicht darin, dass diese Thätigkeit oder Relation überhaupt vorhanden ist und stark hervortritt, sondern darin, dass sie auf alle übrigen Thätigkeiten und Relationen einwirkt, sie modificirt und ihnen eine eigenthümliche Färbung gibt, was um so leichter geschieht, je mehr bei jener die Totalität des Geistes betheiligt ist. So bedingt das ausgesprochene Gefühl von Lust oder Unlust eine entsprechende Stimmung, vermöge welcher Wahrnehmungen, Vorstellungen, Bestrebungen und Bewegungen in heiterer oder düsterer Färbung erscheinen und zustandekommen; und eine habituell gewordene Stimmung jener Art erscheint als heiterer oder aber als finsterer Character, Gemüthsverschiedenheiten, bei welchen dieselben Gegenstände verschieden angeschaut werden, dieselben Vorstellungen andere Beziehungen haben, das Begehren modificirt ist und sogar die Muskelbewegungen bald in anderer Weise ausgeführt werden, bald aber auch einzelne Bewegungen überwiegend eintreten, obwohl alle anderen möglich sind, so dass jene beiden Charactere bekanntlich schon in den von dem Tonus der Gesichtsmuskel abhängigen Zügen sich aussprechen. Ebenso bedingt in der Begehrungssphäre eine mächtige und in Beschlag nehmende Begehrung die ganze Stimmung des Menschen und drükt allen cerebralen Vorgängen eine eigenthümliche Färbung auf; in noch höherem Grade geschieht diess bei der Andauer gewisser mächtiger Begehrungen, welche den Character zu bestimmen vermögen: so der Ehrgeiz, die Habsucht, die Sehnsucht (d. h. das in Beschlag nehmende Begehren des für den Augenblik oder für immer Unerreichbaren). Wenn hiebei schon durch einzelne mächtige Vorstellungsmassen und Begehrungsrichtungen der Gesammttypus des geistigen Lebens gefärbt ist, so kann ein unmerklicher Schritt bis zu den Affecten führen, d. h. Stimmungen, bei welchen durch überwältigende Vorstellungscomplexe oder aber durch unvorbereitete Entleerung (Wegnahme herrschender Vorstellungen: wie durch Verlust von Angehörigen, Verlust des Vermögens, Vereitlung von Hoffnungen etc.) die Gemüthslage verrükt ist und die cerebralen Thätigkeiten nicht nur modificirt, sondern gehemmt und erschwert sind; und bis zu den Leiden-

schaften, bei welchen die herrschende Begehrung oder Verabscheuung andersartige Richtungen des Begehrens unmöglich macht oder im Aeussersten beschränkt. Affecte und Leidenschaften sind durchaus nicht höhere Grade von Geistesthätigkeit, sondern sie sind eine sehr ungleiche Vertheilung der Thätigkeit, ein Herausrüken einer einzigen Thätigkeitsseite aus allen Verbindungen und harmonischen Relationen: es sind Ekstasen, physiologische Ekstasen zwar, aber von der unmittelbarsten Analogie mit krankhaften ekstatischen Paroxysmen. Sie sind nicht förderlich, sondern hemmend für das psychische Leben. Es ist eine sehr richtige Bemerkung, wenn Herbart sagt „Affecte sind nicht starke Gefühle, sondern sie machen das Gefühl platt;“ denn in der That wirken sie für alle anderen Beziehungen abstumpfend, auch sind sie gerade bei Gemüths- und Geistesschwachen am häufigsten, werden von dieser Schwäche bedingt und begründen sie ihrerseits. Affecte und Leidenschaften grenzen daher an das Krankhafte, sie gehen unmerklich in dasselbe über. Sie haben noch weiter das Gemeinschaftliche mit pathologischen Vorgängen, dass sie eine Reihe von Erscheinungen in extracephalen Organen hervorrufen, welche im gesunden Zustande nicht unter der Herrschaft des Gehirns stehen: Veränderungen in den Bewegungen des Herzens, Krämpfe und Paralysen in willkürlichen und unwillkürlichen Muskeln, Veränderungen in der Blutvertheilung der peripherischen Capillarität, Veränderungen in den Secretionen, Veränderungen in der Ernährung. — Einfache Stimmungen wie Affecte zeigen zweierlei wesentlich verschiedene Modalitäten: sie sind entweder expansiv, wobei die active Seite der psychischen Dispositionen und Aeusserungen gesteigert, gehoben erscheint und freier, ungehemmter sich entwikelt; oder sie sind depressiv, wobei alle active Dispositionen gemindert und unterdrükt, alle active Functionirungen gehemmt, erschwert und oft auf ein Minimum reducirt sind.

Das Gehirn ist nicht fähig zu ununterbrochener gleichmässiger Thätigkeit; nicht nur bedarf es einer Abwechslung in der Art derselben, sondern es tritt auch nach einer ziemlich feststehenden Zeitlänge seiner Functionsausübungen das Bedürfniss zu einer Remission der Thätigkeiten ein: das Schlafbedürfniss. Die Zeit seines Eintretens richtet sich sowohl nach innern als nach äussern Umständen; doch hängt sie am wenigsten von der Energie der vorhergehenden Thätigkeit ab: das Schlafbedürfniss stellt sich ziemlich ebensobald ein, ob die Functionirung des Gehirns eine angestrengte oder dürftige gewesen ist, ja es wird selbst im ersteren Falle eher hinausgeschoben und der Schlaf verkürzt. Vielmehr richtet sich das Bedürfniss zur Ruhe nach Alter, Constitution, Gewohnheit, äusseren Einwirkungen. — In keinem Organ stellt sich die Periode der Thätigkeit und die der relativen Ruhe in so scharfem Gegensaze dar und characterisirt sich jede in einem so ausdruksvollen Bilde, wie beim Gehirn durch den Zustand des Wachens und Schlafens. Daneben tritt aber auch gerade beim Ruhezustand des Gehirns, beim Schlafe die Unvollständigkeit des Ruhens augenfälliger hervor als bei den andern Organen, obwohl auch bei diesen ein vollkommenes Aufhören der Functionen ebensowenig im normalen Zustande vorkommt. Beim Uebergang des Wachens in den Schlaf beginnt zuerst die Sinnesthätigkeit unvollständig zu werden, die willkürliche Richtung derselben wird schwieriger und unvollständiger, sofort auch der Willenseinfluss auf das Vorstellen, das Bestreben und die Bewegungen unvollkommener, das Gefühl der Ermüdung wird überwiegend und einzelne Muskel (der Levator palpebrarum, die Nakenmuskel etc.) versagen ihre Function. Bald allmälig, bald rasch geht es von da in den vollkommenen Schlaf über. In diesem braucht keine Thätigkeit des Gehirns ganz aufzuhören, es besteht nur eine Remission der Thätigkeiten, zumal derjenigen, welche den Verkehr mit der Aussenwelt vermitteln: der sinnlich objectiven Wahrnehmung und der Bewegung. Willkürliche Bewegungen sind meist gar nicht mehr zu bemerken, einzelne willkürliche Muskel sind ganz erschlafft, andere dagegen nehmen mit einer gewissen Regelmässigkeit einen bestimmten Grad der Contraction an: so sind die Augen nach innen und aufwärts gerichtet, die Iris ist etwas contrahirt, die Glieder und der Rumpf sind meist in eine von der Gewohnheit abhängige Stellung gebracht, die Athembewegungen dauern fort und sind wie die Herzschläge gewöhnlich etwas seltener. Nach allen diesen Beziehungen sind viele individuelle Differenzen zu bemerken, die für die Beurtheilung in Krankheiten nicht ohne Werth sind. Die Empfindlichkeit der Haut ist vermindert, ihre Geneigtheit zu Schweiss meist vermehrt; der Grad der Nichtempfindlichkeit der Kopfsinne ist theils von individuellen Eigenthümlichkeiten, theils von der zufälligen Tiefe des Schlafs abhängig. Die Fortdauer der übrigen cerebralen Thätigkeiten ist zwar gleichfalls oft in hohem Grade reducirt, aber sie können auch in jedem Maasse der Intensität und Ausdehnung stattfinden, und gerade in Folge des Wegfallens jeder Störung durch reales Wahrnehmen und jeder Hemmung des Begehrens durch die natürliche Beschränktheit des Bewegungsvermögens können die geistigen Thätigkeiten im Schlafe

eine Ungebundenheit und Excessivität erlangen, welche im wachen Zustande niemals mit Willkür und kaum in der gesteigertsten Stimmung erreicht wird. Hallucinationen der reichsten, complicirtesten, buntesten Art, phantastische, illusorische Auffassungen percipirter realer Eindrüke, Vorstellungen mit den keksten Associationen und den unerwartetsten Sprüngen, bald im buntesten Wirbel, bald im hartnäkigsten Festhaften, bald eine bis zur Ekstase gesteigerte Lust, bald die peinlichsten Hemmungen, die lebhaftesten ungestümmsten Bestrebungen mit täuschender Anschauung nicht geschehender und sogar in der That unmöglicher Bewegungen, aber auch bleiche, schattenartige, kaum auftauchende und rasch wieder verschwindende Bilder — nach beiden Seiten hin höchst analog dem Geschehen bei gewissen krankhaften Seelenzuständen — kommen als Träume allnächtlich bei ganz gesunden Individuen vor; sie werden aber, abermals in höchst characteristischer Analogie mit krankhaften psychischen Störungen, schon durch geringes körperliches Uebelbefinden, durch weniges Uebermaass von geistigen Getränken, durch jede psychische Erregung oder Spannung während des vorausgegangenen wachen Zustandes alsbald modificirt, gesteigert, widerwärtiger und peinlicher, ganz wie solches beim krankhaften Delirium zu geschehen pflegt. Liegen schon in den Erscheinungen der Träume und in dem Einfluss vorausgehenden psychischen und körperlichen Verhaltens auf sie bemerkenswerthe Aehnlichkeiten mit dem pathologischen Verhalten, so wird die Analogie in manchen weiteren Verhältnissen noch schlagender. Das Geschehen beim Träumen, wie das beim psychischen Kranksein hat ohne allen Zweifel seine Gesezmässigkeit; aber es ist uns zu ihrer Feststellung überall nur der kleinste Theil der causalen Bedingungen des Geschehens bekannt: dunkle Wahrnehmungen äusserer Eindrüke oder innerer Zustände gestalten sich beim Träumenden zu einer Geschichte von Erlebnissen, deren scheinbare Zeitdauer mit der wirklichen der Einwirkung nicht congruirt, gerade so wie diess bei vielen Deliranten zu sein pflegt. Reelle Empfindungen vermischen sich mit den Traumvorstellungen in einer für den Träumenden selbst troz absichtlichen Versuches nicht entwirrbaren Weise, ebenso wie der Delirant seine Hallucinationen und Delirien bei aller Anstrengung nicht von den objectiven Wahrnehmungen zu scheiden vermag. Zweifel über die Realität des Wahrgenommenen sind beim Träumenden wie beim Deliranten häufig. Gewohnte Hemmungen des Vorstellens und des Bestrebens sind latent thätig, ohne dass der Träumende sich des Grundes der Hemmung bewusst würde, wie auch der Delirant bei aller absichtlicher Vernachlässigung des Anstandes und der ethischen Geseze doch noch unter ihrer Herrschaft steht; so ist es beim Träumenden wie beim Deliranten häufig genug, dass troz allen Mangels an Ueberlegung wichtige Geheimnisse zurükgehalten werden. Aber bei beiden wirkt auf den Zug der Vorstellungen noch eine grosse Masse anderer Einflüsse, die sich der Erkennung entziehen und in ihren Effecten ganz unberechenbar sind; so entzieht sich die Abwiklung des einzelnen Geschehens in den meisten Fällen bei Beiden der Erklärung nach seinen speciellen Causalbedingungen. Auch darin liegt endlich eine grosse Aehnlichkeit, dass nach dem Traume, wie nach dem Delirium bald die Erinnerung an die Vorstellungen verbleibt, bald schwindet, dass sie beim Erwachen wie im Momente der Genesung sehr oft fehlt und erst in allmäliger Entwiklung zuweilen sich einstellt, ohne dass bei beiden Formen des psychischen Verhaltens der innere Grund für die Verschiedenheit des Erinnerungsvermögens durchsichtig wäre. — Dagegen stellt allerdings im vollendeten Schlafe das Individuum ein ganz anderes Exterieur dar, als bei vielen analogen Formen abnormer Seelenthätigkeit und nur bei einer Form der lezteren ist auch in dieser Hinsicht die Analogie vervollständigt: bei den krankhaften hypnoiden Zuständen. Aber bei gewissen ungewöhnlichen Aeusserungen der im Schlafe fortdauernden geistigen Thätigkeit kann die Analogie mit krankhaften Zuständen des Gehirns noch weiter sich steigern: jene sind das Reden im Schlafe, was gerade bei Träumen mit wenigen Anknüpfungspunkten an die nächste Vergangenheit und mit nachfolgender Nichterinnerung stattfindet, die Fortsezung einfacher mechanischer Thätigkeiten, mit welchen man vor dem Einschlafen beschäftigt war (Reiten, Gehen u. dergl.), die Muskelunruhe im Schlafe, die lauten Unterhaltungen der Träumenden mit anderen wachenden Personen, endlich die Vornahme wirklich complicirter Handlungen während des Schlafs (Somnambulismus), welche übrigens kaum mehr als in die Grenzen des gewöhnlichen Geschehens fallend, sondern als wirklich krankhafte Erscheinung angesehen werden kann. — Im Momente des Erwachens endlich stellen die Empfindungen während desselben, die Geneigtheit zu Sinnestäuschungen, der Vorstellungswirrwarr in diesem Augenblike, die Hemmung der Bewegungen und zuweilen der Ausbruch gewaltsamer und gleichsam automatischer Bewegungen während desselben weitere Analogieen mit dem Geschehen in cerebralen Krankheiten her.

Ausser den zum psychischen Leben gehörigen Functionen lassen sich

dem Gehirne mit Bestimmtheit keine andere directe active Beziehungen zuschreiben, dagegen geht von der Oblongata der Impuls zu den Respirationsbewegungen und ein Einfluss auf die Herzcontractionen aus.

Mit Zerstörung oder Verlezung der Oblongata an einer gewissen Stelle hören die Athembewegungen sämmtlich und mit einem Male auf. Bei Einwirkung des electrischen Stromes auf die Oblongata steht das Herz im Momente still und fährt wieder fort sich zu contrahiren, falls die Reizung zeitig beseitigt wird. Diese Erfahrungen sind vorläufig für pathologische Verhältnisse des Gehirns noch wenig verwendbar. — Andere Functionen, die man da und dort dem Gehirn zugeschrieben hat (Einfluss auf die Darmbewegungen etc.), sind nicht hinreichend durch Facta erwiesen, wenigstens nicht für das gesunde Verhalten, und nur bei krankhaften Zuständen scheint das Gehirn eines weiteren Einflusses fähig zu werden.

Die Hirnmasse ist an allen ihren freien Punkten überzogen mit zahlreichen Deken. Am dünnsten und nur epitheliumartig ist die Ueberkleidung der Ventrikelwandungen (Ependyma der Ventrikel). Die ganze Oberfläche des Gehirns ist umhüllt von der aus Zellstoff gebildeten und reichliche Blutgefässe (die Ernährungsgefässe des Gehirns) enthaltenden Pia, welche enge mit dem Gehirn zusammenhängt, jedoch in gesundem Zustande ohne Zerreissung des lezteren sich abtrennen lässt und welche der Hirnrinde auf allen ihren Windungen und in alle ihre Vertiefungen folgt. Ueber ihr liegt die Arachnoidea, welche man als aus zwei Blättern bestehend anzusehen pflegt: das eine unzweifelhaft bestehende cerebrale Blatt ist grösstentheils an die Pia angeheftet, aber dringt nicht mit ihr in die Vertiefungen zwischen den Gyris ein, sondern überspringt diese und auch einzelne andere Einschnitte und Spalten des Gehirns brükenartig, es bleibt dadurch zwischen ihr und der Pia ein Raum (Subarachnoidealraum), der mit dem Cavum der Ventrikel und mit dem subarachnoidealen Raume des Rükenmarks communicirt und eine sparsame Menge derselben Flüssigkeit enthält, welche im subarachnoidealen Raume des Rükenmarks sich findet (Cerebrospinalflüssigkeit). Das andere, früher allgemein beschriebene, neuerdings vielfach als nicht existirend angesehene Blatt der Arachnoidea stellt die glatte Innenfläche der Dura dar. Die Dura, eine fibröse Haut, bildet eine zusammenhängende und derbe Membran über das ganze Gehirn, dringt in einige grössere Einschnitte in Form von faltenartigen Fortsezungen ein und hängt zugleich mit dem knöchernen Schädel, zumal an mehreren Stellen (an den Suturen, Vorsprüngen, Knochenkanten, den Rändern der Schädellöcher) ziemlich fest zusammen. Sie kann als aus zwei Lamellen zusammengesezt angesehen werden, welche aber grösstentheils fest auf einander geheftet sind und nur an mehreren Stellen in zwei wirklich getrennte Blätter auseinanderweichen, dadurch Räume bildend, welche Venenblut enthalten (Sinus, Blutleiter). Die Dura, zunächst ihr äusseres Blatt vertritt das Periost der Innenfläche der Schädelknochen und hängt in den Löchern des Schädels mit dem periostealen Ueberzuge der äusseren Fläche des Schädels zusammen. Das ganze Organ mit seinen membranösen Hüllen wird überdem von einem derben, aber etwas elastischen Knochengehäuse umschlossen, welches entsprechend der convexen Fläche des Grosshirns nur die allgemeinen Tegumente mit einigen membranösen Muskelausbreitungen und Aponeurosen über sich hat, an der flacheren Basis des Gehirns dagegen die zum Theil ziemlich dünne Scheidewand

zwischen dem vorderen Grosshirnlappen und der Orbita und Nasenhöhle, zwischen dem Mittellappen und der hinteren Nasenhöhle, dem Pons und der Oblongata und der Rachenhöhle, endlich zwischen dem Kleinhirn und der Halsmusculatur darstellt.

Die Hüllen des Gehirns sind von der grössten Wichtigkeit für das gesunde und krankhafte Verhalten des Gehirns selbst: 1) weil sie dem Gehirn zum Schuze dienen nicht nur gegen die Einwirkungen von aussen, sondern auch gegen die Last, welche eine Hirnabtheilung auf die übrigen ausüben kann; vornehmlich bei Anomalieen in der Festigkeit der knöchernen Hülle wird dieser Schuz beeinträchtigt und können mässige äussere örtliche Einwirkungen störend auf die Hirnmasse und ihre Functionen influiren; 2) weil sie die Ernährungsgefässe für das Gehirn enthalten, und es sind in dieser Beziehung vornehmlich Störungen der Pia von dem äussersten Einfluss auf das Gehirn selbst; 3) weil sie das aus dem Hirn abfliessende Blut durch sich passiren lassen, und es können durch Erschwerung des Abflusses (sei es in der Pia, sei es in den Sinus der Dura, sei es in den Löchern und Canälen des Schädelgehäuses, durch welches die Venen durchgehen müssen) leichtere und schwerere Zufälle vom Gehirn herbeigeführt werden; 4) weil sie selbst bei Zunahme ihres Volums durch Druk auf das Gehirn zu wirken vermögen.

Unter den verschiedenen Hüllen des Gehirns zeichnet sich besonders die Arachnoidea vor den andern in der Textur ihr ähnlichen Membranen des Körpers, den serösen Häuten aus, indem sie nicht wie diese allerorts durch eine subseröse Schichte auf die unterliegenden Theile geheftet ist, sondern einen Raum unter sich hat, in welchen bei ihren Krankheitsprocessen die Producte der Hauptmasse nach abgesezt werden.

Von grosser Wichtigkeit sind die Veränderungen der Hüllen des Gehirns in den verschiedenen Altern, und was für eine gewisse Lebensperiode normal ist, kann für eine andere, zumal frühere eine schwere krankhafte Störung darstellen. Das Ependyma der Ventrikel in früher Kindheit kaum darstellbar, wird in späteren Jahren erst zu einer Art zusammenhängender Membran und lässt sich in grösseren oder kleineren Stüken abziehen. Die Pia mit der Cerebralarachnoidea ist beim Neugebornen äusserst dünn, durchsichtig und leicht zerreisslich, die unteren Venen an derselben sind jedoch stärker mit Blut überfüllt, die Cerebrospinalflüssigkeit ist in verhältnissmässig beträchtlicherer Menge vorhanden; im vorgerükteren Alter werden diese Häute viel consistenter, lassen sich ohne Mühe abziehen, zeigen fast immer stellenweise Verdikungen (besonders unter den vordern Lappen und auf den der Falx zugekehrten Kanten des Gehirns), es treten als nie fehlende Bildung ungefähr von der Zeit der Pubertät an eigenthümliche Knötchen, welche eine Art von örtlicher Hypertrophie darstellen (die Pacchionischen Körperchen), anfangs in geringer Zahl, aber immer mehr an Grösse und Menge zunehmend auf: dieselben Bildungen bedingen, wenn sie in einem frühen Alter sich zeigen, eine mehr oder weniger schwere Störung. Im Greisenalter werden nicht nur die Verdichtungen im Allgemeinen reichlicher, die ganzen zarten Hirnhäute trüber, sondern auch die Pacchionischen Körperchen voluminöser und durchbohren ganz gewöhnlich die Dura. Die harte Hirnhaut adhärirt bei Neugebornen und Kindern in viel umfassenderer Weise an die Schädelknochen, enthält zwischen ihren beiden Lamellen eine nicht unbeträchtliche Menge einer röthlichen Feuchtigkeit, wodurch die Theilung in Lamellen erleichtert wird: die Venensinus sind verhältnissmässig stark mit Blut überfüllt. Im vorgerükteren Alter werden die Adhäsionen der Dura an die Knochen beschränkter, zeigt die Haut selbst an manchen Stellen Verdichtungen und im Greisenalter spannt sie lokerer über das Gehirn. — Die Knochen des Schädels bilden sich nur theilweise (an der Basis des Schädels) aus knorpliger, an dem Schädelgewölbe dagegen aus einer membranösen Grundlage und die Umwandlung der lezteren in Knochenmasse vollendet sich erst gegen das Ende des ersten Lebensjahrs, oft noch später.

Das ernährende Blut wird dem Gehirn aus der Subclavia durch die Vertebralis (Arteria meningea posterior, cerebelli, basilaris) und aus der Carotis interna durch die Communicans, Choroidea, Arteria corporis callosi und fossae Sylvii zugeführt, nachdem sich dasselbe in der Pia in einem reichen Maschenneze von gröberen und feineren Gefässen vertheilt hat. Die Venen der Pia, welche das Blut aus den Capillaren des Gehirns aufnehmen, geben dasselbe in die von der Dura gebildeten dreiekigen oder

unregelmässig geformten Blutleiter ab. Ein Theil des Bluts fliesst von da aus durch die Cephalica interna, welche am Foramen jugulare in die Drosselader sich ergiesst; ein anderer Theil gelangt von dem das grosse Hinterhauptsloch umgebenden circulären Blutleiter durch die Vertebralvene in die Schlüsselbeinvene. — Die Lymphgefässe sind mindestens in den Hirnhäuten nachgewiesen und die Drüsen des Nakens stehen mit denselben in Communication.

Die Vertheilung der Gefässe und der Circulation des Bluts ist im Gehirn höchst eigenthümlich. Das Blut aus allen drei Hauptstämmen, welche aus dem Arcus aortae entspringen, dem Gehirn zugeleitet, dringt dahin auf vier Wegen: auf jeder Hälfte eine Carotis und eine Vertebralis; die beiden leztern, nachdem sie mehrere Aeste abgegeben, verbinden sich zu der unpaarigen Basilaris; die Verzweigungen dieser, wie der Carotides verlaufen an geschützten Stellen in Furchen, Spalten etc. und breiten sich dann theils in einer reichen Anastomosirung, zu welcher die Carotides wie die Vertebrales und die Basilaris beitragen, auf die Hirnoberfläche aus, theils dringen sie in die Ventrikel in dem Plexus der Seitenventrikel, spalten sich in sehr kleine Zweige und treten erst als solche in das Gehirn, und zwar die Zweige der Oberfläche nur in die graue Corticalsubstanz, die der Plexus in die Markmasse ein. Auf eine bewunderuswürdige Weise ist durch diese Anordnung der ungestörte Zufluss des Blutes zum Gehirn verbürgt, ein rasches Einströmen, dadurch eine schnelle Erneuerung desselben bewerkstelligt und eine Trennung der Blutquellen für Cortical- und Marksubstanz hergestellt. — Das Venenblut scheint aus dem Gehirn alsbald entfernt zu werden; denn die Venen der Häute nehmen das Blut unmittelbar aus Gefässen von dem Caliber der Capillarien auf. In den zahlreichen Venen der Oberfläche dagegen, in den geräumigen Sinus ist eine ungestörte Ansammlung des Blutes und durch die vier grossen Abzugscanäle ein ungehemmter Abfluss desselben ermöglicht.

ALLGEMEINE BETRACHTUNG.

I. Geschichte.

Der Erwerb von Kenntnissen über die Krankheiten des Gehirns stellt wie kaum ein anderer Theil der Pathologie einen gleichmässigen Gang dar, in welchem grossartige und Epoche machende Fortschritte nicht vorkommen, aber eine ununterbrochene, von den hizigen Kämpfen der Schulen unabhängige Entwiklung zu erkennen ist. Die Pathologie des Gehirns hat, wenn ihr von den einzelnen Umschwungsperioden der Medicin wenig Vorschub geleistet wurde, dafür auch von den Verirrungen der Zeit und der Schulen sich freier erhalten als irgend ein anderer Theil der Pathologie. Schon in den ersten Zeiten der wiedererwachenden Wissenschaft finden sich, freilich in sehr dürftiger Weise, die Krankheiten des Gehirns monographisch behandelt: Montagnana (consilia de aegritudinibus cerebri 1604), Hildesheim (specilegia de cerebri et capitis morbis internis 1612), Thomas Willis ((pathologiae cerebri et nervosi generis specimen 1668), Wepfer (observationes medico-pract. de affectibus capitis intern. et externis 1727), Büchner (de morbis cerebri ex structura ejus anatomica deducendis 1741) und viele Andere. Ein reichliches Material findet sich in Morgagni's Werk und in den ihm folgenden Bearbeitungen der pathologischen Anatomie. Ausser den zahlreichen Forschungen über einzelne Krankheiten des Gehirns stossen wir im Anfang dieses Jahrhunderts auf ein umfassendes Werk voll wichtiger semiotischer und anderer Thatsachen, in welchem zugleich mit tactvoller Einsicht die Verbindung der Physiologie und Pathologie des Organs festgehalten ist: Burdach (Beiträge zur näheren Kenntniss des Gehirns in Hinsicht auf Physiologie, Medicin und Chirurgie 1806), welchem ein zweites Werk (vom Bau und Leben des Gehirns 1819—25) folgte. Nicht unwichtige Beiträge sind Hebreard's Beobachtungen (observ. sur quelques maladies du cervelet, du cerveau



et de leurs membranes 1819). Eine höchst umfassende Casuistik mit vielen neuen eigenen Beobachtungen und zum Theil glüklichen Deductionen lieferte Lallemand (Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances 1820—34). Diese unter dem Einfluss der Broussais'schen Lehre entstandene Arbeit und die mit grossem Aufwand von Scharfsinn geschriebene, theils über allgemeine Grundsäze sich ergehende, theils die Affectionen des Gehirns besprechende Schrift von Broussais selbst (de l'irritation et de la folie 1828) haben die Initiative zu zahlreichen Arbeiten der französischen Aerzte der damals einander gegenüberstehenden Schulen gegeben; während in England Robert Hooper (the morbid anatomy of the human brain 1826), besonders aber Abercrombie (pathol. and practic. researches on diseases of the brain 1828, 4. edit. 1845) und Bright (reports of medical cases 1828) den Anfang bedeutender und in durchaus richtiger Würdigung des Werths der anatomischen Grundlage der Pathologie unternommener Leistungen in der Hirnpathologie bildeten. Viele Arbeiten der französischen und besonders der englischen Pathologen beziehen sich nur auf einzelne Krankheitsformen und können daher erst später namhaft gemacht werden. Als umfassendere Ausführungen oder doch nach den verschiedensten Seiten der Hirnpathologie sich ausdehnende Untersuchungen sind besonders hervorzuheben: Raiken (observ. sur quelques maladies de l'encéphale im Répert. génér. d'anat. et de physiol. path. 1826), Bayle (traité des malad. du cerveau et de ses membranes 1826), Cruveilhier, einer der bedeutendsten Förderer der Hirnpathologie (Anat. path. du corps humain und mehrere Artikel im Dict. en XV Vol.), van Cötsem (recherch. clin. et anat.-pathol. sur l'inflammat. etc. 1830), Foville (Dict. en XV Vol.), Andral (Cliniq. med. V), Calmeil (Dict. en XXX Vol. XI. 444), Parchappe (recherch. sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies 1836), Monneret et Delaberge (Compend. II. 190), Gendrin (Uebersezung von Abercrombie's Werk mit wichtigen Zusäzen), Longet (Anat. et physiol. du système nerveux 1842), Scip. Pinel (traité de la pathol. cérébr. 1844), Forget (recherch. cliniq. sur le degrès de certitude du diagnostic dans les malad. de l'appareil cérébrospinal), Valleix (Guide du médecin IX. 1847); wozu noch die mehr und mehr mit der Gesammthirnpathologie in Verbindung tretenden Leistungen in der Psychiatrie, welche später namhaft zu machen sind, hinzukommen. Im Sinne dieser Verbindung und zugleich im richtigen Verständniss der Untrennbarkeit der Physiologie und Pathologie des Organs wurden im Jahr 1843 von Baillarger, Cerise und Longet die Annales médico-psychologiques (Journal de l'anatomie, physiologie et pathologie du système nerveux, eine Zeitschrift voll der wichtigsten Documente, welche bis heute fortbesteht) gegründet. — In Deutschland wurde die Hirnpathologie mit weniger allgemeinem Interesse verfolgt und die Psychiatrie blieb länger als in Frankreich eine separate und principiell von der Hirnpathologie ausgeschlossene Doctrin, die eben darum geraume Zeit der Aufklärungen entbehrte, welche ihr durch die Fortschritte in der pathologischen Anatomie und in der Physiologie des Gehirns hätten zu Theil werden können. Nur Friedrich Nasse und einige wenige Andere hielten an dem inneren Zusammenhange der verschieden sich gestaltenden cerebralen Erkrankungen fest und Ersterer wirkte nicht ohne Erfolg für die Verbreitung des Interesses an Hirnstörungen. Von ihm herausgegeben erschien die Sammlung von Gottschalk, welche eine Anzahl von Monographieen französischer und englischer Pathologen über Hirnkrankheiten zugänglicher machte. Die wenigen Arbeiten deutscher Aerzte über Hirnkrankheiten, soweit sie sich nicht auf das Gebiet der Psychiatrie beziehen, entbehren theils der Originalität, theils hielten sie nicht Schritt mit den Leistungen ausländischer Pathologen. — Genannt können hier werden: Sahmen (die Krankh. des Gehirns und der Hirnhäute 1826), Neumann (von den Krankh. des Gehirns der Menschen 1833), Mohr (Beiträge zur Kenntniss der organ. Hirnkrankheiten 1833), Bressler (die Krankh. des Kopfes und der Sinnesorg. 1839), Friedmann (von den Krankh. des Hirns und seiner Häute im Allgem. 1839). Auch in diesem Gebiete hat aber Rokitansky in Exactheit der anatomischen Distinctionen und in Scharfsinn der Rükschlüsse auf den pathologischen Hergang alle seine deutschen und ausländischen Vorgänger hinter sich gelassen. Ihm folgend hat vom anatomischen, aber freilich vom anatomisch-ontologischen Standpunkte aus die Pathologie der Gehirnkrankheiten Dietl (Anatom. Klinik der Gehirnkrankh. 1846) darzustellen versucht.

II. Aetiologie.

A. Allgemeine Verhältnisse.

1) **Vorkommen von Hirnkrankheiten überhaupt; nationale Dispositionen.** Ueber die absolute Häufigkeit des Vorkommens von



Gehirnaffectionen, sowie über das relative Verhalten derselben zu der Häufigkeit der Erkrankungen anderer Organe lässt sich keine genaue Angabe machen, da der Begriff einer selbständigen Hirnkrankheit und daher die Ausdehnung der zu den Hirnaffectionen zu zählenden Fälle viel zu unbestimmt und willkürlich ist. Im Allgemeinen lässt sich jedoch annehmen, dass die selbständigen Erkrankungen des Gehirns an Häufigkeit denen der meisten anderen Organe nicht nachstehen. Dabei scheint die Zahl der Hirnkranken in verschiedenen Ländern sehr ungleich zu sein und besonders in hoch civilisirten Nationen und andererseits in den kälteren Zonen zu überwiegen.

Es sind zwar, besonders aus England, Statistiken vorhanden, welche das relative Verhältniss der Hirnkrankheiten zu anderen Affectionen sich zum Vorwurfe gemacht haben. Da man jedoch nicht wissen kann, von welchen Grundsäzen über den Begriff der Hirnkrankheiten dabei ausgegangen wurde, so sind sie wenig brauchbar. — Unter einer Zahl von 3072 Sectionen, welche aus dem Prager und Wiener Krankenhause unter Bürgschaft der dortigen pathologischen Anatomen in lezter Zeit veröffentlicht worden sind, sind in 574 Fällen, also in 19,2% anatomische Veränderungen im Hirn und in seinen Häuten angemerkt.

2) Einflüsse durch die Zeugung. Sowohl für die Disposition zur Erkrankung des Gehirns überhaupt, als auch für einzelne besondere Erkrankungsformen zeigt sich die hereditäre und Familienanlage von dem allergrössten Einfluss. Fast alle Krankheiten dieses Organs, die nicht durch bestimmte äussere Veranlassungen herbeigeführt werden, zeigen mehr oder weniger häufig Beispiele eines Familienleidens und selbst solche Affectionen, bei welchen die Erkrankten in früher Jugend weggerafft zu werden pflegen, kommen seltener vereinzelt vor, als dass sie vielmehr mehreren Individuen derselben Familie tödtlich werden.

Die Familienanlage zu Gehirnkrankheiten kommt jedoch nicht nur in der Weise zum Vorschein, dass die Glieder derselben Familie an der gleichen Krankheitsform leiden; vielmehr ist es gewöhnlich, dass in Familien, welche durch zahlreiche Gehirnkranke sich auszeichnen, verschiedene Erkrankungsformen und oft neben wirklichen Krankheiten gewisse in der Breite der Gesundheit gelegene Besonderheiten der Geistesrichtung und Geistesstimmung sich einstellen: ausgezeichnete Köpfe, hervorragende, oft einseitige Talente, andererseits und daneben Fanatismus, Launenhaftigkeit, eingewurzelte Grillen, sonderlingisches Wesen, Verbrechen und hoher Grad von Bornirtheit, Cretinismus. — Unter den Krankheiten, welche am häufigsten in Familien sich fortpflanzen, sind zu nennen: eigentliche Geisteskrankheiten, Epilepsie, Hysterie, Hydrocephalus acutus. — Von der Mutter scheint die Krankheitsanlage häufiger (um ein Drittel) als vom Vater sich zu überpflanzen, auf weibliche Individuen häufiger als auf männliche.

Das Heirathen unter nahen Verwandten scheint gleichfalls die Disposition zu Gehirnkrankheiten zu steigern und man will an manchen Orten, z. B. unter den Quäkern in England derartige Affectionen aus diesem Grunde besonders häufig bemerkt haben.

Gewisse Zustände der Mutter und, wie Manche behaupten, noch mehr des Vaters während der Zeugung (Gemüthsdepression und Absorption, Trunkenheit) werden als eine Ursache für Gehirnkrankheiten der Frucht angeschuldigt.

Ebenso will man von den psychischen und körperlichen Zuständen der Mutter während der Schwangerschaft zuweilen einen Einfluss auf das Gehirn der Frucht und zwar nicht bloss auf seine grobe Ausbildung, sondern auch auf die psychischen Anlagen und sonstige Dispositionen, daher auch auf die Entstehung von Krankheiten ableiten.

3) Einfluss der Entwiklung und des Alters. Im Fötalleben wird die Anlage zu mannigfachen Erkrankungen des Gehirns gelegt und manche (unvollständige Ausbildung, Wassersucht der Hüllen, Extravasate)

finden sich schon während des Intrauterinlebens. — Unter der Geburt gehen manche Kinder durch Blutüberfüllung des Gehirns und Extravasate in der Pia zu Grunde und auch unmittelbar nach derselben sind sie den gleichen Zufällen ausgesezt. — Bei Neugeborenen und im ersten Kindesalter bringen unbeträchtliche Veränderungen der Blutmenge schnell schwere Zufälle und nicht selten den Tod hervor. Auch zeichnet sich dieses Alter durch seine ungemeine Geneigtheit zu cerebralen Krämpfen aus und höchst acuter Wassererguss, aber auch schon tuberculisirende Meningitis sind in dieser Zeit zu fürchten. Endlich ist noch das diesem Alter eigene Vorkommen der Erweichung der Schädelknochen zu erwähnen. — Im späteren Kindesalter sind zwar die Zufälle vom Gehirn weniger häufig und weniger stürmisch verlaufend, aber sie sind nichtsdestoweniger bösartig. Die Krampfformen zeigen eine grössere Hartnäkigkeit, die tuberculöse Meningitis wird noch häufiger, die Hirnhypertrophie tödtet nicht selten, der Beginn der psychischen Entwiklung wird oft sistirt und geht in Blödsinn über und zugleich fällt in dieses Alter der Anfang der eigentlichen Geisteskrankheiten. Hartnäkiges Kopfweh ist eine häufige Erscheinung dieser Jahre, ohne dass dabei anatomische Veränderungen als Ursache angegeben werden könnten. — Zur Zeit der Pubertätsentwiklung kommen vornehmlich functionelle Störungen: cerebrale Krämpfe, Geisteskrankheiten, Hysterie, Somnambulismus vor; die tuberculöse Meningitis dauert noch fort, wird jedoch seltener und dagegen die gemeine Meningitis häufiger; zugleich fällt gewöhnlich in dieses Alter der Anfang der Entwiklung der sogenannten Pacchionischen Körper, welche nicht selten beträchtliche Beschwerden machen. — Im jugendlichen Alter und im ersten Mannesalter erlangen vornehmlich beim männlichen Geschlecht alle Hirnkrankheiten eine sehr ernste Bedeutung: es fällt zwischen das 20ste und 30ste Jahr die häufigste Zeit des Ausbruchs der Geisteskrankheiten; in diesem Alter entstehende andauernde Krampfformen dauern meist fürs ganze Leben fort; heftige und rasch verlaufende Entzündungen sind in dieser Lebensperiode am häufigsten; Apoplexieen kommen vor, sind aber noch ziemlich selten. — Im vorgerükteren Alter und dem Anfange der Involutionsperiode zeigen sich vornehmlich habituelle Blutüberfüllungen und chronische anatomische Störungen in grösserer Häufigkeit; Geisteskrankheiten entwikeln sich noch äusserst gewöhnlich in dieser Periode und fallen vornehmlich beim weiblichen Geschlecht fast überwiegend in die Nähe der climacterischen Jahre; acut verlaufende Entzündungen und frisch entstehende Epilepsieen werden seltener; dagegen fangen die Apoplexieen an, an Häufigkeit zuzunehmen. — Mit der vorschreitenden Involutionsperiode kommen theils Apoplexieen in grosser Häufigkeit vor und befallen jezt ausser dem Gehirn häufig auch die Arachnoidea; ferner stellen sich Erweichungen, vorzeitige Atrophieen in wachsender Zahl ein und die Geisteskrankheiten mit überwiegend stumpfem Character zeigen sich in grösserer Menge. — Fast dieselben Dispositionen sind dem höheren Greisenalter eigen, in welchem vornehmlich lentescirende und mit Blödsinnsymptomen einhergehende Störungen die Regel bilden.

4) Das Geschlecht hat Einfluss auf die vorwiegende Häufigkeit

mancher einzelnen Gehirnerkrankungen, im Allgemeinen aber bemerkt man beim weiblichen Geschlecht ein ungleich häufigeres Vorkommen von functionellen Störungen ohne zu Grund liegende anatomische Abweichungen und es sind ebendarum scheinbar schwere Hirnerkrankungen beim weiblichen Geschlecht oft rasch vorübergehend und belanglos, während beim männlichen dieselben Formen im Durchschnitt eine ernstere Bedeutung haben. Diess schliesst nicht aus, dass auch beim weiblichen Geschlecht wichtige und gefährliche Erkrankungen, sowie alle Arten der substantiellen Veränderungen sich bilden können.

5) Constitutionelle Verhältnisse. Angeborene und erworbene Constitutionsverhältnisse können theils dadurch wirksam sein, dass das Gehirn überhaupt an der Gesammtconstitution participirt, in seinen Functionen und seiner Ernährung nothleidet und dass der krankhaften Constitution entsprechende Ablagerungen in ihm und seinen Hüllen abgesezt werden. Theils aber findet sich aus unbekannten Gründen eine überwiegende Störung des Gehirns bei gewissen Constitutionsanomalieen.

Unter den noch in die Breite der Gesundheit fallenden Constitutionen sind vornehmlich die reizbaren mit einer Prädisposition zu Gehirnkrankheiten verbunden, während bei den schlaffen Constitutionen leicht eine unmittelbare Abschwächung der Gehirnfunctionirung eintritt. Unter den constitutionellen Störungen ist das Fieber fast immer mit einiger Betheiligung des Gehirns, oft mit sehr schweren Symptomen von Hirnstörung verbunden. Die cachectischen, marastischen Zustände sind oft von einfacher Abnahme der Hirnthätigkeit begleitet. Anämie, Plethora führen entsprechende Zustände im Gehirne herbei. Bei faserstoffarmem Blute ist das Gehirn zu schweren Zufällen geneigt, während bei hyperinotischem Blute diese viel seltener sind. Hydrops, Tuberculose, Krebs haben entsprechende Absezungen in der Schädelhöhle zuweilen zur Folge. Rhachitis kann Erweichung und Asymmetrie der Schädelknochen zur Folge haben, Scrophulose zu Caries derselben führen. Gicht bedingt oft heftige Cephalalgieen und andere schwere Zufälle. Am schwersten aber ist die Betheiligung des Gehirns bei pyämischen Processen, bei Zersezung des Bluts (Urämie), bei manchen Fällen von Gelbsucht, bei Typhus und einzelnen durch Contagion entstehenden acuten Krankheiten (Scharlach).

B. Aeussere Schädlichkeiten.

Das Gehirn ist vor dem Einfluss äusserer Einwirkungen und namentlich mechanischer Gewaltsamkeiten ziemlich geschüzt, doch können auch ohne eine durchdringende Verlezung, schon durch Erschütterung des Schädels oder des ganzen Körpers schwere Störungen in ihm bedingt werden; auch ein anhaltender Druk auf den Schädel, besonders vor vollendeter Ausbildung des Kopfes und ganz vornehmlich bei Weichheit der Schädelknochen wirkt sehr häufig verderblich.

Mässige Abweichungen der Temperatur haben auf das Gehirn keinen bemerklichen krankmachenden Einfluss, wohl aber können höhere Grade von Hize, besonders mit gleichzeitiger Einwirkung der Sonnenstrahlen auf den unbedekten Schädel (Insolation) verschiedene leichtere und schwerere Krankheitszustände: Hyperämie, Entzündung, Apoplexie, plözliche Lähmung des Gehirns hervorbringen und selbst den Tod durch Störung des Gehirns augenbliklich veranlassen. Auch anhaltendes oder vorübergehendes Warmhalten des Kopfes (zu warme Kopfbedekungen, Schlafen in zu warmen Räumen, Arbeiten am Feuer) ruft häufig leichte und nicht selten schwere Hirnstörungen hervor und kann bei besonders Disponirten (bei Kindern,

bei Geneigtheit zu apoplectischen Anfällen, bei schon bestehenden oder kaum geheilten Gehirnkrankheiten) den grössten Nachtheil bringen. — Andererseits kann tiefe oder anhaltende Kälte als eine bedeutende Schädlichkeit auf das Gehirn wirken, beschränkt seine Functionen, bringt Schlaf und selbst vollkommene Lähmung mit alsbaldigem Tode hervor, oder aber partielle und unvollkommene Lähmungen (Blödsinn, Verrüktheit), zuweilen auch mehr oder weniger bedeutende Aufregungen, wie Convulsionen und Manie.

Sehr heftig sind die Wirkungen der Electricität auf das Gehirn. Sie können die verschiedensten Grade der Erschütterung bis zur vorübergehenden oder completen Lähmung zuwegebringen.

Für die unbekannten contagiösen, miasmatischen, epidemischen und endemischen Einflüsse zeigt das Gehirn zum Theil eine bemerkenswerthe Empfindlichkeit und nicht nur in den aus jenen Ursachen entstehenden Krankheitsformen zeigt sich eine beträchtliche Theilnahme jenes Organs auch ohne alle anatomische Veränderungen fast als Regel: eine Neigung zum krankhaften Schlaf, zu Frostempfindungen, zu Unmachten, Delirien, Convulsionen, zu Sopor, sondern selbst Individuen, welche sich jenen Einwirkungen aussezen, ohne zu erkranken, zeigen zuweilen in vorübergehender und unerheblicher Weise Spuren jener Symptome (z. B. die Neigung zum Schlafe in Malariagegenden).

Die übrigen äusseren Schädlichkeiten wirken auf das Gehirn sämmtlich entweder unter Vermittlung der Sinnesorgane oder der Circulation. Sie reizen, erschöpfen, lähmen auf diesen Wegen das Gehirn, bedingen Blutüberfüllungen und sofort Exsudationen im Innern und können vielleicht auch zum Theil chemische Veränderungen des Nervenmarks veranlassen.

Unter den Wirkungen auf die Sinne sind die raschesten und andererseits die anhaltendsten diejenigen, welche das Gehirn am meisten angreifen. Eindrüke dieser Art auf die beiden höheren Sinne wirken am heftigsten und nachtheiligsten. Unter den durch Vermittlung der Circulation einwirkenden Schädlichkeiten sind einerseits die Narcotica und die ihnen verwandten Stoffe: Alcool und Aetherarten, ätherische Oele, Kohlenoxyd und Kohlensäure, Chinin und andererseits einige Metalle, namentlich Blei, Arsen vom bedeutendsten Einflusse, und die Erscheinungen, welche sie hervorrufen, zeigen ein eigenthümliches Verhalten, welches bei acutem Verlaufe in Betäubung, Schlafsucht und mehr oder weniger tiefem schlafartigem Zustand, nur zuweilen in Erscheinungen der Irritation (Delirien, Convulsionen) besteht, meist nach Ablauf dieser Zufälle ein eigenthümliches Gefühl von Wüstheit des Kopfes und Kopfschmerz hinterlässt. Diesen acuten Verlauf bezeichnet man als Narcotisation. Es ist dabei eigenthümlich, dass die Erscheinungen, welche durch contagiöse und miasmatische Einflüsse bewirkt werden, eine grosse Aehnlichkeit mit den Symptomen der Narcotisation zeigen. Bei wiederholten und mehr habituellen Einwirkungen kommen mehr chronische Zufälle mit mannigfaltiger Zerrüttung der psychischen und körperlichen Constitution zustande.

C. Einfluss des Zustandes der Functionirung des Gehirns selbst und des Zustandes seiner Hüllen.

1) Die Ursachen sehr vieler Erkrankungen des Gehirns liegen in dem Organe selbst, in vorausgehenden Krankheiten, ungewöhnlichen Zuständen und Thätigkeiten und in die Breite der Gesundheit fallenden, aber leicht in Anomalie excedirenden Eigenthümlichkeiten. Von der ganzen geistigen Lebensgeschichte und von der dadurch mitbedingten geistigen Constitution

hängt bis zu einem gewissen Grade die Geneigtheit des Gehirns zu gewissen Erkrankungen, zumal zu psychischen ab: die Erziehung, die intellectuelle Entwiklung, die gemüthliche Verfassung liefern tausend Punkte, auf welchen das Gehirn für Angriffe empfänglicher wird, oder je einseitiger, je extravagirender, je gespannter das habituelle psychische Verhalten ist, um so eher schlagen die Functionen ins Krankhafte um. Aber auch einzelne Ereignisse im Hirnleben und einzelne in aussergewöhnlichen Beziehungen verbrachte Abschnitte desselben wirken als Schädlichkeit und zwar oft als solche von immenser und unwiderstehlicher Gewalt, um so mehr, je grösser der Contrast mit dem gewöhnlichen Geschehen des individuellen geistigen Lebens und mit den speciellen Anlagen desselben ist und je feindlicher er dem gemüthlichen Besize und der gewohnheitlichen geistigen Richtung und Verfassung wird. Plözliche sittliche und moralische Eindrüke, vornehmlich Insulte auf den Punkten, wo das Gemüth am empfindlichsten ist und am härtesten verlezt wird, leidenschaftliche Spannungen, Affecte und ihre explosiven Paroxysmen, Ueberanstrengung, zu anhaltende oder der Individualität unangemessene schiefe Thätigkeit, einseitige Versenkung, excessive Spannung oder im Gegentheil Uebermaass im Genusse, Verödung des Geistes durch Unthätigkeit, unersezbare Entleerungen des Gemüths sind ebensoviele Ursachen für die krankhafte Aberration der psychischen Thätigkeiten und für das Entstehen substantieller Veränderungen im Gehirn und in seinen Häuten. Zu lang fortgeseztes Wachen, zu kurzer, wie zu anhaltender Schlaf haben ähnliche Wirkungen. Alle diese Schädlichkeiten wirken um so sicherer, wenn sie ein unausgebildetes oder an sich haltloses Gehirn treffen, oder wenn noch weitere Mitursachen: ursprüngliche Dispositionen, äussere Einflüsse und körperliche extracephale Störungen zur Krankmachung beitragen.

Das Verhältniss dieser in der Functionirung des Gehirns und in den psychischen Einflüssen, die dasselbe erleidet, gelegenen Ursachen zu der Art der entstehenden Krankheit lässt sich nicht durch bestimmte Regeln festsezen. Während bei dem einen Individuum Veränderungen der Blutcirculation im Gehirne, Risse der Gefässe, Entzündungen der Hirnhäute und andere gewebliche Störungen sich ausbilden, so verfällt ein anderes nach der Einwirkung derselben Ursachen der Schwermuth, oder entwikelt sich bei einem dritten eine cerebrale Krampfform. Offenbar müssen hier theils individuelle Dispositionen, theils der Beobachtung sich entziehende Verhältnisse in den ursächlichen Einwirkungen den Ausschlag geben. Wieweit für die einzelnen Formen eine constantere Beziehung functioneller Schädlichkeiten sich empirisch ergibt, wird bei der speciellen Betrachtung des Näheren erörtert werden.

2) Eine bemerkenswerthe Erfahrung ist es, dass der einmalige Anblik gewisser Hirnkranker und noch mehr der längere Umgang mit solchen sehr häufig bei Gesunden, zumal bei Disponirten dieselbe Affection hervorruft, wobei allerdings mannigfache in den Einzelfällen verschieden combinirte Momente zusammenwirken mögen. Die Männer hysterischer Frauen gewinnen häufig eine hysterische Stimmung, der Anblik epileptischer, hysterischer und anderer cerebraler Krämpfe ruft ähnliche Zufälle bei Andern hervor, Irrenärzte und die Verpfleger von Geisteskranken verfallen nicht selten selbst in psychische Alienation. Auch die nur theoretische Beschäftigung mit geistigen Verirrungen, die Lectüre von Geschichten Wahnsinniger, Verbrecher u. dergl. hat auf schwache Geister zuweilen einen ähnlichen Einfluss.

3) Die Lagerung und Stellung des Kopfes in der Weise, dass der Blutrükfluss aus dem Gehirn erschwert wird, kann Hyperämieen und alle ihre Folgen nach sich ziehen und zwar diess um so eher, je mehr der Kranke aus andern Ursachen hiezu disponirt ist und je anhaltender die unzwekmässige Lagerung fortdauert. Bei Individuen, welche lange Zeit wegen Krankheit oder Verlezung auf dem Rüken zu liegen genöthigt sind, bilden sich leicht Hyperämieen in den hinteren Theilen des Gehirns, namentlich des Kleinhirns aus und man beobachtet Erscheinungen, welche auf dieses Verhältniss bezogen werden können. — Auch zu starke active oder passive Bewegungen des Kopfes können, zumal bei Disponirten, mehr oder weniger grosse Nachtheile bringen und der Ausbruch von Krankheitssymptomen wird zuweilen von einer derartigen Veranlassung abgeleitet.

4) Die Erkrankungen einer Stelle des Gehirns selbst führen, wenigstens in einigermaassen bedeutenden Fällen, fast allemal Störungen auch in den übrigen Hirntheilen nach sich und diess geschieht auf verschiedene Weise:

durch Druk, wenn die kranke Stelle ein abnormes Volumen gewonnen hat;

durch die Neigung gewisser Krankheitsformen, sich topisch auszubreiten, welche man ebensowohl bei Gewebsstörungen, als auch bei exaltirter oder paralysirter Functionirung einzelner Hirntheile wahrnehmen kann;

durch den Anschluss anderer Processe an den ursprünglichen, welche theils in der Art reactiver Entzündungen, theils als andersartige Folgen des primären Processes sich herstellen können.

5) Die Erkrankungen der Häute des Gehirns und die Absezungen von abnormer Flüssigkeit in die Ventrikelräume beeinträchtigen das Gehirn selbst und machen es secundär krank:

durch Druk;

durch Maceration der mit den exsudirten Flüssigkeiten in Berührung kommenden Hirntheile;

durch Ueberschreiten der Krankheitsprocesse auf die Hirnsubstanz.

6) Erkrankungen der Gefässe, welche im Gehirn und in seinen Häuten verlaufen, und Anomalieen in den physicalischen Verhältnissen ihres Inhalts sind nach mehrfachen Beziehungen von Einfluss auf die Entstehung von Hirnkrankheiten. Die aneurysmatische Ausdehnung von Arterien wirkt durch Druk und kann durch Berstung des Aneurysmas, ebenso die atheromatöse und fettige Entartung durch Riss der Arterien Gefahr bringen. — Die Verstopfung der Arterien mit Gerinnsel oder Exsudat kann eine Stase im Bereiche des Gefässes und ein Absterben der betreffenden Hirnstelle zur Folge haben. — Die Ausdehnung der Venen wirkt durch Druk, erschwert den Rükfluss und bedingt eine seröse Durchfeuchtung der Hirnmasse. — Die Verstopfung der Venen mit Gerinnsel oder mit Exsudat bedingt intensive Stasen in der Capillarität der Vene und nicht selten capilläre Hämorrhagieen. — Die Entzündung der Venen und Sinus kann überdem auf die Nachbartheile sich ausbreiten und eine secundäre Meningitis veranlassen.

7) Die Zustände und Erkrankungen des Schädeldachs wirken krankmachend auf Hirn und Hirnhäute:

durch Vorschreiten des Processes (vornehmlich der Eiterung, der Entwiklung von Krebsgeschwülsten) auf Hirnhäute und Hirn;

durch Druk, vermöge dessen theils die Formation und Entwiklung des Hirns beeinträchtigt wird, so dass selbst bei erheblicher Asymmetrie, noch mehr bei starken Impressionen am Schädel eine unvollständige Entwiklung einzelner Hirntheile beobachtet wird, theils schon ausgebildete Stellen im Gehirn zum Schwunde kommen, theils wenigstens deren Functionen gehemmt, theils endlich reactive Processe in den Häuten und im Hirne selbst hervorgerufen werden;

durch Zulassung eines Druks von aussen bei unvollständiger Schliessung der Hirnschale oder bei Weichheit einzelner Theile derselben.

D. Die Ursachen der Gehirnkrankheiten können in den verschiedensten übrigen Organen des Körpers liegen und kann dabei die Erkrankung des Gehirns entweder eine von der primären Affection abhängige bleiben, oder aber sich als selbständige festsezen.

In sehr vielen Fällen wird eine Erkrankung des Gehirns von einem andern Organe aus hervorgerufen oder determinirt, ohne dass man im Stande wäre, immer den Zusammenhang der ursächlichen Verhältnisse und der darauf folgenden Krankheit nachzuweisen. Man muss sich bei vielen Thatsachen dieser Art darauf beschränken, das empirische Material als solches anzuerkennen, wobei jedoch nicht zu übersehen ist, dass manche vermeintliche Facta auf ungenauen Wahrnehmungen oder zum Theil auch auf traditionellen Annahmen beruhen.

1) Die Krankheiten des Rükenmarks führen in sehr vielen Fällen, sowohl bei acutem Verlaufe, als nach langer Dauer eines chronischen Verlaufs Gehirnsymptome herbei und diese können einen hohen Grad von Entwiklung erreichen, so dass nicht selten sofort die Störung vom Gehirn die überwiegende wird. Diess ist der Fall sowohl bei Störungen mit anatomischen Veränderungen, wie z. B. bei der Spinalmeningitis, als auch bei allen Krankheiten des Rükenmarks überhaupt, welche mit heftigen Schmerzen verlaufen oder durch progressive Lähmungen sich kundgeben. In etwas geringerem Grade haben die vom Rükenmark abhängigen Krämpfe einen Einfluss auf die Erkrankung des Gehirns.

2) Auch die peripherischen Nerven influiren sehr wesentlich auf das Gehirn: theils krankhafte Zustände in denselben, vornehmlich wenn sie mit Schmerzen verbunden sind oder eine Functionsunfähigkeit in einem wichtigen Organe zur Folge haben, theils Ueberreizungen der Nerven durch Anstrengungen. — Von jedem Nerven aus kann das Gehirn in einen krankhaften Zustand versezt werden, besonders geschieht diess jedoch von den aus ihm selbst unmittelbar entspringenden Nerven, am meisten vom Opticus, Acusticus und Trigeminus aus.

3) Die Störungen in den peripherischen Theilen des Kopfes und die des Halses haben in vielen Fällen einen Einfluss auf die Entstehung von Gehirnkrankheiten. Besonders bemerkt man einen Zusammenhang zwischen Exanthemen des Gesichts und der Kopfhaut mit Hirnkrankheiten (plözliches Entstehen schwerer Hirnsymptome nach raschem Verschwinden von Erysipelen, nach Unterdrükung von chronischen Hautausschlägen des Gesichts, heftige Gehirnzufälle während des Bestehens von Erysipelas), ferner eine auffallende und zuweilen sehr gesteigerte Theilnahme des Gehirns an den acuten Affectionen des Rachens, der Speicheldrüsen und des Halses, bei manchen Entzündungen des Augs und des Gehörorgans, welche zuweilen eine topische Ausbreitung gegen das Gehirn hin nehmen (am häufigsten Vereiterungen der Gehörorgantheile). Selbst mit den Affectionen der Schleimhaut der Nase sind in einzelnen Fällen ungemein schwere Gehirnsymptome verbunden.

4) Die Organe der Circulation haben mannigfache Beziehungen zu Gehirnkrankheiten: die Rigidität und Verfettung der Arterien kann die Veranlassung zu Extravasaten im Gehirn werden; der verhinderte Rükfluss des Blutes in den Venen bedingt Blutüberfüllung des Gehirns mit allen ihren Folgen; die chronischen Affectionen am Herzen bewirken mannigfache Störungen in der Circulation des Gehirns und dadurch oft selbständige Erkrankungen des lezteren. Aber auch bei acuten Affectionen des Herzens (Pericarditis und Endocarditis) treten in einzelnen Fällen Hirnsymptome von einer solchen Heftigkeit ein, dass die ursprüngliche Krankheit dadurch gleichsam

verdekt wird, ohne dass gesagt werden könnte, auf welche Weise diese zwar nicht gewöhnliche, aber doch auch nicht ganz seltene Sympathie vermittelt wird.

5) Die Respirationsorgane. Alle Formen von Affectionen der Respirationsorgane können bestehen, ohne dass das Gehirn an der Erkrankung erheblichen Antheil nimmt. In andern Fällen dagegen treten im Verlaufe oder vom Anfang der Respirationskrankheit an die schwersten Hirnsymptome auf, die zuweilen ohne alle anatomische Veränderung im Gehirn bestehen und deren Eintritt häufig durch nichts erklärt werden kann. So kommen namentlich bei Pneumonieen, nicht bloss wenn Säufer (bei denen die Pneumonie die häufigste Veranlassung zur Entwiklung ihres specifischen Deliriums gibt) von ihnen befallen werden, sondern auch bei gesunden Constitutionen zuweilen die furibundesten Delirien vor. Es kann geschehen, dass im Anfange der Erkrankung die Gehirnaffection allein in die Augen fallende Symptome gibt und die Pneumonie, die ihr zu Grunde liegt, nur durch die physicalische Untersuchung entdekt wird, so dass bei oberflächlicher Beobachtung der Fall als eine Manie, als eine Meningitis u. dergl. imponirt, während nach wenigen Tagen die Gehirnaufregung sich legt und der gewöhnliche Verlauf der Pneumonie sich herstellt. Ebenso kann im Verlaufe einer Pneumonie plözlich der ganze Symptomencomplex dieser, mit Ausnahme der physicalischen Zeichen, verschwinden und an seiner Stelle die heftigste Gehirnirritation auftreten. Eine besonders häufige Erkrankung des Gehirns durch Pneumonie wird ausser bei Säufern vornehmlich bei Wöchnerinnen, bei alten Subjecten und bei kleinen Kindern beobachtet, aber kein Verhältniss irgend einer Art schliesst dasselbe aus. Bei Tuberculösen tritt nicht nur als häufige Terminalaffection die granulirende Meningitis ein, sondern auch lebhafte Delirien ohne anatomische Veränderung, bald in der Form der Typhomanie, bald in der Form des heiteren Wahnsinns kommen theils als intercurrente bald vorübergehende Episode, theils als Schlusserscheinung vor. Asthmatiker, Emphysematöse werden nicht nur häufig von der heftigsten Cephalalgie befallen, welche durch die Blutüberfüllung des Gehirns erklärt werden kann, sondern nicht selten auch von maniacalischen Paroxysmen, Hallucinationen und andern Störungen der Gehirnfunctionen.

6) Den Digestionsorganen wurde ein ausserordentlicher Einfluss auf die Entstehung, zumal der psychischen Gehirnkrankheiten zugeschrieben. Es ist schwierig zu sagen, wieviel daran Wahres ist, da in sehr vielen Fällen nicht ermittelt werden kann, ob die Anomalieen der Verdauungsorgane die primäre oder secundäre Störung sind. Soviel ist gewiss, dass Verstopfung, dass ferner die chronischen Affectionen des Dikdarms, die chronischen Affectionen der Leber und der Milz einen Einfluss auf Steigerung der Gehirnkrankheiten haben und auch bei ihrer Entstehung wirklich betheiligt sind, und dass die Beseitigung oder Ermässigung jener Zustände einen sehr wohlthätigen Einfluss auf die Gehirnkrankheit ausübt. Gewisse Lageveränderungen des Darms (z. B. die Senkung des Colon transversum) werden von Vielen in Beziehung zu Gemüthsstörungen geseczt. Es kann ferner nicht bezweifelt werden, dass zuweilen von dem Vorhandensein von Würmern in dem Darmcanal und zwar am häufigsten von Taenia und von Madenwürmern verschiedenartige Gehirnstörungen abhängen.

7) Bei einer Anzahl von Krankheiten der Harnwerkzeuge ist eine auffallende Betheiligung des Gehirns zu bemerken: so bei dem Diabetes, bei manchen Veränderungen des Harns, bei chronischen Blasencatarrhen. Schwere der Narcotisation ähnliche Zufälle treten bei Verminderung oder Unterdrükung der Harnausscheidung ein.

8) Einen sehr vielfachen Einfluss auf die Entstehung von Gehirnkrankheiten haben die Genitalien. Bei Männern sind nicht nur fast alle chronische Krankheiten der Genitalien, vornehmlich aber diejenigen, die mit Impotenz verbunden sind, von einem überwiegend nachtheiligen Einflusse auf den Gemüthszustand und bringen nicht selten verschiedene Gehirnkrankheiten zuwege; sondern auch die unregelmässigen Functionirungen der Geschlechtsorgane können höchst schädlich auf das Gehirn wirken: Ausschweifungen und den Umständen nach unangemessene Abstinenz (nicht selten), Onanie, besonders wenn sie mit Aufregung der Phantasie verbunden ist (ganz besonders häufig); theils psychische Krankheiten, theils cerebrale Krämpfe werden dadurch oft hervorgerufen. — Fast in noch höherem Maasse nehmen die Gehirnkrankheiten beim weiblichen Geschlecht ihren Ausgang von den Genitalien. Die Verhältnisse der Menstruation: die Regelwidrigkeit, das Ausbleiben, das Unterdrüktwerden derselben können die schwersten Folgen für das Gehirn haben. Aber selbst bei einer normalen Menstruation zeigen sich bei manchen Individuen jedesmal leichte Andeutungen von Gehirnkrankheit. Onanie, Ausschweifung, Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebs sind bei Weibern häufige Ursachen von schweren Störungen

des Gehirns. In der Schwangerschaft entwikeln sich nicht nur die eigenthümlichen Osteophyten an der Innenfläche des Schädels und kommt häufig eine hartnäkige Cephalalgie vor, sondern es fällt in diese Periode sehr oft der Beginn von Gemüthsstörungen und der Ausbruch cerebraler Krämpfe; auch Blutextravasate sind während der Schwangerschaft nicht ganz selten. In die Zeit der Entbindung und in deren Nähe fallen die gefährlichen eclamptischen Anfälle und die maniacalischen Ausbrüche. Die Disposition zu den lezteren dauert auch während der Lactationsperiode fort, während welcher überdem sehr gewöhnlich sich chronische Gemüthskrankheiten entwikeln, auch die Gefahr von acuten Entzündungen der Hirnhäute nicht gering ist. Alle Arten von pathologischen Störungen in den weiblichen Genitalien verbinden sich endlich häufig mit mehr oder weniger beträchtlichen Anomalieen im Gehirn.

9) Hautausschläge, welche andere Theile als das Gesicht befallen, haben nach verschiedenen Beziehungen hin Einfluss auf Entstehung von Gehirnkrankheiten: bei manchen wird ihr Bestand mit mehr oder weniger grosser Sicherheit Ursache von Störungen des Gehirns, am sichersten bei Pellagra, sehr oft bei Elephantiasis, nicht selten aber auch bei Prurigo, Psoriasis und chronischem Eczem; in andern Fällen will man nach der Heilung von Hautkrankheiten Zufälle vom Gehirn beobachtet haben.

10) Verlezungen der verschiedensten Organe können die Veranlassung zu maniacalischen Zufällen (s. Delirium nervosum), seltener zu cerebralen Krämpfen werden.

III. Pathologie.

A. Die Entstehung der Hirnkrankheiten (Pathogenie).

1) Die Primordialprocesse, durch welche Störungen des Gehirns sich entwikeln, sind:

a) functionelle Abweichungen nach der Seite der Irritation, wie nach der der Abschwächung;

b) Anomalieen der Blutfülle: Anämie und vornehmlich Hyperämie;

c) Riss von Gefässen mit Extravasirung von Blut;

d) Vermehrung der Cerebralflüssigkeit;

e) Ernährungsveränderungen, sowohl im Gehirn, als in den Häuten, als auch in den Schädelknochen;

f) Entwiklung von Parasitgeschwülsten und wirklichen Parasiten;

g) vielleicht Absterben von Stellen der Gehirnsubstanz in der Form der Erweichung.

Einzelne dieser Processe können bald primär, bald andern consecutiv sein, aber alle hier nicht erwähnte Vorgänge sind stets nur Folgen und Weiterentwiklungen eines oder des andern der genannten Primordialprocesse.

2) Der Beginn der Gehirnkrankheiten ist:

a) plözlich und kann diess sein bei nervösen Störungen des Gehirns, bei Anämie, bei Hyperämie, ist es gewöhnlich bei Blutextravasaten;

b) acut, was bei den meisten Formen der Erkrankung stattfinden kann;

c) können die Gehirnkrankheiten sich in allmäliger und zuweilen höchst chronischer Weise entwikeln, in welchen Fällen die Grenze zwischen gesundem und krankem Zustande meist gar nicht zu bestimmen und der Beginn der Erkrankung daher nicht zu bezeichnen ist: diese Art der Entwiklung findet sich äusserst gewöhnlich bei functionellen Störungen, ferner bei den Anomalieen der Blutfülle, bei den Abweichungen der Cerebralflüssigkeit und bei den Veränderungen der Ernährung; scheinbar findet sie statt bei der Ausbildung von Parasitgeschwülsten und wirklichen Parasiten.

B. Die Phänomene der Hirnkrankheiten.

Die während des Lebens bemerkbaren Zufälle, Erscheinungen, Vorgänge

und Veränderungen des Verhaltens, welche durch eine Erkrankung des Gehirns direct oder indirect bedingt werden können, sind:

örtliche, objectiv beobachtbare Abweichungen in den physicalischen Verhältnissen des Gehirns und seiner Deken, vornehmlich des Schädels;

örtliche Schmerzen;

Anomalieen in dem Functionsverhalten und in den Functionsäusserungen des Gehirns;

Anomalieen in dem Verhalten und in den Functionen der verschiedensten, fast aller Organe und Organtheile des Körpers;

Veränderungen in der Beschaffenheit des Blutes, in dem functionellen Habitus des Gesammtkörpers und in der allgemeinen Ernährung.

Der Einzelbetrachtung der Symptome, welche bei Gehirnkrankheiten vorkommen und auf solche hinweisen, ist um so mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als in einer grossen Anzahl von Fällen nur überhaupt die Diagnose eines Hirnleidens, einer mit gewissen Erscheinungen verlaufenden, aber nicht anatomisch zu bezeichnenden Erkrankung des Organs gemacht werden kann und als diese zahlreichen Fälle nichtsdestoweniger Gegenstand einer oft langjährigen ärztlichen Beobachtung und Beaufsichtigung werden müssen, auch die Dunkelheit der anatomischen Vorgänge nicht von der Aufgabe befreit, dem Kranken die den Umständen nach mögliche Hilfe zu Theil werden zu lassen. Von einer grossen Anzahl von Symptomen ist bekannt, dass sie mit Sicherheit oder mit Wahrscheinlichkeit auf eine Gehirnkrankheit sich beziehen; eine mannigfaltige Reihe anatomischer Veränderungen, deren das Gehirn fähig ist, ist gleichfalls bekannt; aber nur zum kleinsten Theil ist die Congruenz von jenen und diesen ausgemittelt. Nicht nur der nothwendige Zusammenhang gewisser Veränderungen mit gewissen Symptomen ist fraglich, sondern sogar die Häufigkeit des Zusammenvorkommens ist nach vielen Beziehungen nicht numerisch festgestellt oder sind die Versuche zu solchen Feststellungen ungenügend und trügerisch. Es kann diess auch nicht anders sein, denn es ist die Art der meisten Gehirnkrankheiten, dass ihr Ausdruk im Ganzen und ihre einzelnen Symptome vom ersten Anfang bis zum tödtlichen Ende einem grossen Wechsel unterworfen sind und dass daher, während für die Zeichen einer früheren Periode der Krankheit und für die grosse Zahl der nicht tödtlich ablaufenden Fälle alle positive Probe für die Richtigkeit einer etwaigen anatomischen Diagnose fehlt, bei der endlichen necroscopischen Nachforschung meist schwer oder gar nicht mehr auszumitteln ist, wieweit die gefundenen Veränderungen schon der früheren Zeit der symptomegebenden Erkrankung angehören. Es kommt noch weiter dazu, dass ohne allen Zweifel eine grosse Anzahl der Erscheinungen, welche Hirnkranke darbieten, nicht von dem Hauptsize der Störung und von den gröberen Veränderungen einer Stelle abhängen, sondern auf einer Mitleidenschaft anderer Hirntheile beruhen, deren etwaige substantielle Störungen beim Tode wieder ausgeglichen sein können, oder selbst wenn sie bestehen, der Untersuchung sich entziehen. Da überdem die auf directen und physicalischen Bedingungen beruhenden Phänomene bei Hirnkranken weitaus die sparsamsten, seltensten und am wenigsten Bedeutung habenden sind, so fällt auch das Mittel weg, durch welches wir bei andern Organen schon während des Lebens den anatomischen Zustand direct erkennen können.

Diese eigenthümliche Lage der Hirnpathologie begründet nicht das Recht, auf anatomische Diagnosen bei diesen Krankheiten zu verzichten, sondern fordert nur auf, mit um so grösserer Umsicht dabei zu Werke zu gehen, alle bekannte Thatsachen und alle Erscheinungen an dem Kranken zu den Schlüssen zu benüzen, andererseits aber der Grenzen der anatomischen Diagnose sich bewusst zu sein und nicht zu vergessen, dass wo diese endet, ein grosses Gebiet von Thatsachen anfängt, das darum nicht an Interesse verliert, weil es weniger durchsichtig ist. Eine „anatomische Klinik der Gehirnkrankheiten" ist immerhin ein höchst interessanter Versuch, wenn er sich nicht als erschöpfende Pathologie dieses Organes ausgeben will und wenn er die symptomatologische Betrachtung in ihrem vollen Rechte und in ihrer Nothwendigkeit anerkennt. — Ausser den pathologischen Thatsachen, deren allmälig eine grosse Menge in der Casuistik sich gesammelt hat, dienen zur Beurtheilung der Bedeutung der Erscheinungen vornehmlich die Vivisectionen, und auch die comparative Anatomie hat über manche Punkte der Hirnsemiotik Aufschluss gegeben. Nur muss diesen Hilfsmitteln nicht mehr Werth beigelegt werden, als sie zulassen, **darf nicht aus ihnen allein die Deutung der Symptome entnommen werden; sondern**

ihre Resultate sind nur unter Vergleichung der pathologischen Facta zu verwerthen, indem deren Sicherheit gewinnt, sobald sie in diesen eine Bestätigung finden, dagegen zweifelhaft wird, wenn sie mit ihnen in Conflict kommen.

Eine grosse Anzahl der Erscheinungen, welche als Hirnsymptome angesehen werden müssen, kommt nicht bloss bei notorischen Affectionen der Hirnsubstanz, sondern auch bei denen der Hirnhäute vor und es ist auf vielen Punkten aus den Symptomen gar nicht zu entnehmen, ob die Hirnmasse oder ob die Häute die wesentlich erkrankten Theile sind. Denn die Functionen des Gehirns können z. B. ebensogut dadurch gestört werden, dass ein in den Häuten vorhandenes Exsudat auf die Hirnfasern drückt, als dadurch, dass zwischen diese selbst eine fremde Substanz eingeschoben ist. Ueberdem hängt die grösste Anzahl der Erscheinungen bei Erkrankungen der Hirnhäute gerade davon ab, dass an ihren Störungen das Gehirn selbst, wenn auch in einer für die anatomische Untersuchung unmerklichen Weise participirt.

Die Schwierigkeit der Schlüsse aus Hirnsymptomen wird noch dadurch wesentlich gesteigert, dass das Gehirn bei so vielen andern extracephalen Krankheiten die auffallendsten Functionsstörungen zeigt, wobei mindestens nach der gewöhnlichen Sprach- und Vorstellungsweise keine eigentliche Hirnkrankheit angenommen wird. Es muss daher bei jeder Diagnose von Hirnsymptomen stets die erste Frage sein, ob eine wirkliche locale Störung oder nur eine von Constitutions- und Blutsverhältnissen abhängige oder sympathische Affection des Gehirns bestehe, eine Frage, die, so richtig sie postulirt ist, doch gar häufig nicht mit Sicherheit beantwortet werden kann.

AA. Oertlich beobachtbare Abweichungen in den physicalischen Verhältnissen des Gehirns und, da diese sich meist der directen Beobachtung entziehen, vornehmlich des Schädels und der zunächst benachbarten Theile. Sie beziehen sich

1) auf die Grösse des Schädels, die Form desselben (namentlich Regularität und Asymmetrie, Fehlen oder Excess normaler Hervorragungen, abnorme Vorragungen und Vertiefungen) und die Consistenz einzelner Stellen am Kopfe (offengebliebene Fontanellen, Erweichung der Kopfknochen, erweichte Suturen, vortretende weiche Geschwülste);

2) auf die Auscultation des Gehirns, welche jedoch von geringstem Werthe ist;

3) auf die Untersuchung des dem Gehirn angehörigen oder mit ihm in nächster Verbindung stehenden Gefässsystemes: der Carotis communis (intensive Pulsationen), der Arteria ophthalmica (Injection der Capillarität), der Gesichtscarotis (Blutleere oder Blutüberfüllung ihrer Capillarien), der Jugularvene (Erweiterung derselben), der Lymphdrüsen am Halse und im Naken (Anschwellung, Schmerzhaftigkeit).

BB. Oertliche Schmerzen (Kopfschmerzen, Cephalaea).

Der Kopfschmerz findet sich bei vielen Krankheiten des Gehirns und seiner Hüllen in manigfacher Art und bald in mässiger, bald in heftiger Weise, fehlt aber noch häufiger bei vorhandener Hirnkrankheit und ist bei keiner Form der Erkrankung des Gehirns oder seiner Häute constant.

Im Allgemeinen ist Kopfschmerz am ehesten vorhanden und fehlt am wenigsten

1) in Betreff der Stelle: bei Krankheiten des Pericraniums, der Kopfknochen, der Dura mater, der Arachnoidea, des Kleinhirns, des Pons, des Septum pellucidum;

2) in Betreff der Form der Erkrankung: bei gewissen Arten nervöser Reizung des Gehirns, bei Hirnanämie reizbarer Individuen, bei acuten Hyperämieen, bei Meningealexsudaten, bei rasch wachsenden Pacchion-

ischen Körperchen, bei rother Erweichung, bei Tumoren namentlich krebsiger Art, doch auch bei andern (Tuberkel), bei syphilitischen Affectionen.

Man hat berechnen wollen, dass der Kopfschmerz ungefähr in einem Drittel aller Fälle von Gehirnkrankheiten vorhanden ist, eine statistische Angabe, deren Unzuverlässigkeit auf der Hand liegt. Soviel ist jedoch gewiss, dass jede Art von Erkrankung des Gehirns und seiner Häute in jedem Maasse sich ausbilden kann, ohne dass jemals Kopfschmerz vorhanden ist und dass andererseits oft sehr heftige Schmerzen bei geringfügigen anatomischen Veränderungen und ohne alle solche vorkommen, ja dass selbst ein bedeutender und anhaltender Kopfschmerz sich bei vielen allgemeinen und localen Störungen zeigt, bei welchen das Gehirn nicht wesentlich oder doch nur untergeordnet ergriffen ist (gastrischer Kopfschmerz, rheumatischer Kopfschmerz, Cephalaea von Alcoolgebrauch, von andern Intoxicationen, von Scharlach, von Typhus). Wenn diesem nach der Kopfschmerz als ein wenig zuverlässiges Symptom erscheint, so ist er nichtsdestoweniger von der allergrössten Wichtigkeit: denn

1) ist er häufig das erste Zeichen, welches zu näherer Erforschung der Hirnverhältnisse und zu genauerer Beaufsichtigung des kranken Individuums auffordert:

2) gibt er zwar nicht für sich allein, aber im Verein mit andern Zeichen oft ziemlich sichere Schlüsse über die Art und den Siz der Störung;

3) kann er eine so störende Erscheinung sein, dass er für sich die grösste Beachtung und dringende Abhilfe verlangt;

4) kann er bei grosser Heftigkeit die Hirnkrankheit selbst wesentlich steigern und bei Vernachlässigung symptomatischer Hilfe zu schlimmer Verwiklung führen.

Stets muss bei Beurtheilung der Cephalaea die Beschaffenheit des Individuums, seine Empfindlichkeit, seine Beschäftigung und Ernährungsweise in Betracht gezogen werden und es ist im Allgemeinen derselbe bei Individuen männlichen Geschlechts weit eher auf eine anatomische Veränderung im Gehirne zu beziehen, als bei solchen weiblichen Geschlechts.

Vivisectionen und Beobachtungen bei Verlezten haben gezeigt, dass die Hemisphären des Grosshirns ohne alle Schmerzempfindung gegen Verwundung und andere Reizungen sind, dass dagegen das Kleinhirn und die Vierhügel, jedoch nur in ihren mittleren Theilen Schmerzempfindungen erregen können. Es scheint daher, dass die bei Hirnkrankheiten vorkommenden Schmerzen entweder vom Trigeminus oder von den Nerven der Dura mater oder vom verlängerten Marke ausgehen, sei es, dass diese Theile an dem Krankheitsprocesse selbst participiren, oder dass auf sie in Folge der Veränderungen im Gehirne ein Druk ausgeübt wird. In einigen Fällen, in welchen das Septum pellucidum in der Leiche allein und ohne irgend eine sonstige Störung im Gehirn und in den Hirnhäuten afficirt und in hohem Grade erweicht war, bestanden während des Lebens heftige Kopfschmerzen und leichte Delirien (Incohärenz der Ideen). Auch die Fälle, wo in Folge eines Ventrikelergusses das Septum erweicht, pflegen mit sehr peinlichen Kopfschmerzen zu verlaufen.

Der Kopfschmerz scheint für die Empfindung des Kranken äusserlich oder innerlich zu sein. Der Erstere hängt meist nicht von Krankheiten der Hirnsubstanz ab, ausser dass bei heftigen innern Kopfschmerzen dem Kranken meist äusserliche damit verbunden zu sein scheinen. Dagegen kommt der äusserlich erscheinende Kopfschmerz zuweilen bei Krankheiten des Schädels, der Dura mater und selbst der Meningen vor, nicht selten wird er durch Berührung der Kopfhaut bedeutend gesteigert, selbst durch Bewegung der Haare hervorgerufen oder erhöht, doch zuweilen auch durch starken Druk vermindert.

Der für die Empfindung innerliche Kopfschmerz hat verschiedene Bedeutung je nach seiner Verbreitung, Art, Dauer und den Umständen seines Vorkommens.

1) Der über den ganzen Kopf verbreitete Gehirnschmerz gehört vornehmlich den Hyperämieen, diffusen Entzündungen, Wasserergüssen und sehr grossen Geschwülsten an, kommt aber auch noch häufiger bei Affectionen

vor, die nicht wesentlich ihren Siz im Gehirne haben. — Der auf eine Stelle beschränkte Schmerz zeigt häufig, aber nicht nothwendig einen ihm entsprechenden Siz der Erkrankung an. Er kommt in sehr ausgezeichneter Weise bei Krankheiten des Schädels, der Hirnhäute und bei Erweichung, Krebs und Parasiten des Gehirns vor, findet sich aber auch bei Anämie und ohne alle anatomische Veränderungen im Gehirn.

Der Kopfschmerz ist namentlich bei gastrischen, catarrhalischen, rheumatischen Zuständen, bei Gicht und Hysterie zuweilen sehr genau beschränkt, ohne dass in diesen Fällen irgend eine anatomische Veränderung in dem Gehirn dem anhaltenden Schmerze entsprechen würde. — Im Speciellen findet sich der Schmerz in der Orbitalgegend bei Krankheiten daselbst, bei Entzündungen der vordern Lappen des Grosshirns und häufig bei Hydrocephalus; der Stirnschmerz (ausser bei gastrischen Zuständen und Nasencatarrhen) bei Hyperämieen und Meningealentzündungen und bei Pacchionischen Drüsen; der Schläfeschmerz (halbseitiges Kopfweh, Migräne, Hemicrania) besteht meistens ohne anatomische Veränderungen und ist vornehmlich der Hysterie und ähnlichen Zuständen eigen; der Schmerz in der Nähe der Pfeilnaht ist bei Gicht und chronischer Meningitis gemein; der Schmerz am Wirbel hängt oft von acuter Entzündung ab, kommt aber auch ohne anatomische Störung zustande; der Schmerz in der Ohrengegend findet sich bei Krankheiten des Felsenbeins und bei Tumoren und Exsudaten der Nachbarschaft; am Hinterkopfe findet sich Schmerz bei Hyperämieen, Entzündungen, Erweichungen und Tumoren der dortigen Hirntheile, oft aber auch bei Krankheiten entfernter Partieen des Gehirns und häufig ohne anatomische Veränderungen. Ein die Stelle häufig wechselnder Schmerz hat meist keine anatomische Grundlage. — Alle die angegebenen Stellen können jedoch auch erkrankt sein, ohne irgendwo am Kopfe von Schmerzen begleitet zu sein.

2) Die Art des Kopfschmerzes lässt eine Menge Variationen zu, die sich zum Theil auch auf seine Intensität beziehen. In lezterer Beziehung namentlich können alle Grade von der leichtesten Unbequemlichkeit bis zum unerträglichsten, zur Verzweiflung und zum Wahnsinn führenden Kopfschmerze vorkommen. Im Allgemeinen steht die Heftigkeit des Schmerzes in keiner Proportion zu der Art und Entwiklung der Krankheit und auch die verschiedenen Bezeichnungen, welche der Kranke für die Empfindung wählt, lassen nur zweifelhafte und trügerische Schlüsse zu.

Der dumpfe und drükende Schmerz ist überhaupt eine mehr stumpfe Schmerzempfindung und kann bei allen Formen von Erkrankung eintreten. Er begleitet sie entweder nach ihrer ganzen Dauer, oder zeigt er sich im Anfange und während der Einleitungsprocesse der Erkrankung (vornehmlich bei Hirnirritation, Manie, Hirnentzündungen, tuberculöser Meningitis, Hydrocephalus, Erweichung und Apoplexie), oder er tritt in den Remissionen heftigerer Schmerzen ein, oder endlich er zeigt sich bei dem Uebergange der irritativen Formen zu den Erscheinungen des Drukes und des Torpors. Der klopfende Kopfschmerz findet sich bei Hyperämieen, Aneurysmen und andern Geschwülsten, des Gehirns, aber auch bei Anämie und Hysterie; der stechende Schmerz bei Meningitis, Hirnkrebs, aber auch bei Anämie und nervöser Irritation: er besteht entweder in einer dauernden stechenden Empfindung, oder in einzelnen plözlichen, durch den ganzen Kopf gehenden oder nur an einer speciellen Stelle bemerklichen, meist sehr heftigen Stichen. Der reissende Schmerz ist unverwerthbar für die Diagnose, kommt häufiger bei Krankheiten der äusseren Theile vor und scheint dem Kranken meist nur bei grosser Heftigkeit innerlich zu sein. Der bohrende Kopfschmerz kommt bei rein nervösen Zufällen vor (Clavus), aber auch bei sehr schweren organischen Erkrankungen des Schädels und Gehirns (Entzündung, Erweichung, Hydrocephalus, Krebs).

3) In Betreff der Dauer ist der Schmerz entweder kurz vorübergehend, in welchem Fall er keine weitere Schlüsse zulässt; oder er zeigt sich in acuter Steigerung und deutet eine ebenfalls zunehmende Erkrankung der Theile an; oder er tritt intermittirend auf, wobei er bald von unbedeut-

enden, bald von den schwersten Gehirnveränderungen abhängen kann; oder endlich er ist anhaltend, dabei bald remittirend, bald gleichmässig, welche Form stets den Verdacht eines schweren organischen Hirnleidens oder einer Meningealexsudation erregen muss, wenngleich sie zuweilen auch als Symptom der Hysterie vorkommt. Solch anhaltender Kopfschmerz zieht sich oft ohne alle bekannte Ursache und in der unerträglichsten Weise mit kurzdauernden Remissionen über eine lange Zeitperiode hin, ja selbst über ein ganzes Leben und es gibt manche Individuen, die schon von früh-ester Kindheit an von zeitweisem continuirlichem Kopfweh befallen, in der Jugend oder im späteren Alter dessen gar nicht mehr los werden, in dem Grade, dass fast jede geistige Beschäftigung dadurch unmöglich wird und wobei späterhin entweder weitere Erkrankungen des Gehirns sich ausbilden, oder aber solche ausbleiben und beim endlichen Tode keine Art von Veränderung im Gehirne sich zeigt, die das lästige Symptom erklären könnte.

4) Die Umstände des Vorkommens der Kopfschmerzen, die Verhältnisse, unter denen sie eintreten, durch welche sie sich steigern oder vermindert werden, dienen ganz vorzugsweise dazu, die Deutung der Cephalaea zu leiten oder zu corrigiren. Namentlich sind die Beziehungen auf Blutvermehrung und Verminderung im Gehirne und auf Reizung der Hirnthätigkeit in ihrem Einfluss auf den Kopfschmerz zu untersuchen.

Der Kopfschmerz, der in horizontaler Lage eintritt und zunimmt, lässt auf Hyperämie des Kopfes und alle mit solcher verbundene Zustände schliessen. Der Kopfschmerz, der in aufrechter Stellung am stärksten ist, lässt Hirnanämie und damit verbundene Zustände (grosse Tumoren) vermuthen. Wird durch Anstrengung oder gar schon durch mässige Thätigkeit des Gehirns der Kopfschmerz gesteigert, so ist eine Cerebralirritation unzweifelhaft. Aber in vielen nervösen Zuständen, besonders von der Form der Hysterie, zeigt sich der Kopfschmerz gerade bei der Unthätigkeit des Gehirns am stärksten. Der Kopfschmerz, der bei Nüchternheit eintritt und nach dem Essen und Trinken verschwindet, zeigt Anämie an; der, welcher durch Essen und eine mässige Menge geistiger Getränke hervorgerufen wird, lässt eine Hirnhyperämie vermuthen. In den meisten Fällen wird der Kopfschmerz gesteigert durch höhere Grade von Wärme oder Kälte der umgebenden Atmosphäre. Wenn schon eine mässige Temperaturerhöhung den Kopfschmerz steigert, so kann eine Hirnhyperämie angenommen werden. Gewöhnlich wird der Kopfschmerz schlimmer durch starke Bewegungen, Erschütterungen, durch Drängen beim Stuhle, durch Husten, Niesen, Büken, ohne dass eine grosse Verschiedenheit bei den verschiedenen Erkrankungsformen sich hierin bemerken liesse. Auch die Verstärkung des Kopfschmerzes durch äusseren Druk, durch ein Niederdrüken des Kopfes auf den Wirbel gibt keine Anhaltspunkte für die Diagnose, wenn nicht das Phänomen sehr auffallend ist, in welchem Fall Exsudate vermuthet werden können. — Uebrigens sind alle Schlüsse aus diesen Verhältnissen dadurch höchst erschwert, dass die Einbildung der Kranken und eine Art von Launenhaftigkeit der Schmerzen selbst, wenn man so sagen darf, die Resultate modificiren und compliciren.

CC. Die Anomalieen in der Functionirung des Gehirns geben eine Reihe der mannigfaltigsten Zeichen für die Erkrankungen. Viele derselben lassen sich nur auf eine Erkrankung des Gehirns überhaupt beziehen, eine grosse Anzahl dagegen liefert die Hauptanhaltspunkte für die localistische Diagnose.

Ein grosser Theil der functionellen Abweichungen bietet dadurch ein zweifelhaftes Material, dass dieselben nur nach den Aussagen des Kranken zu erkennen sind und dass man hiebei mannigfachen absichtlichen und unabsichtlichen Täuschungen unterworfen ist. Nichtsdestoweniger liegt in der möglichst richtigen Beurtheilung dieser Functionsstörungen das Hauptmotiv der meisten Diagnosen von Gehirnkrankheiten; ihre aufmerksame Berüksichtigung ist unerlässlich, wenn man nicht auf jedes Urtheil

über einen Hirnkranken verzichten will. — Die Deutung der functionellen Abweichungen erhält dadurch noch eine erhöhte Schwierigkeit, dass bei irgendwelchen erheblichen Gehirnveränderungen die functionelle Abweichung nicht nothwendig von den gröbsten Störungen im Gehirn, sondern von untergeordneten und der necroscopischen Forschung sich entziehenden Veränderungen abhängen kann, dass dadurch die Casuistik nur einen relativen Werth hat und in Beziehung auf die Congruenz gewisser Symptome mit anatomischen Störungen Schlüsse, namentlich statistische, aus ihr theils ganz werthlos sind, theils nur mit grösster Vorsicht gezogen werden dürfen. Einzelne genau beobachtete Fälle haben gerade in diesem Gebiete einen ungleich höheren Werth, als die grössten Massen unvollständiger Kranken- und Sectionsgeschichten. Doch ist die Statistik wenigstens als Gegenprobe für die Schlüsse aus Einzelbeobachtungen nicht hintanzusezen. Die Folgerungen aus Experimenten haben einen ähnlichen Werth, wie die statistischen Resultate: sie können bestätigen, aufmerksam machen, aber es darf nicht aus ihnen die Symptomatologie abstrahirt werden.

1) Die functionellen Abweichungen als Einzelphänomene betrachtet.

a) Anomalieen der sinnlichen Wahrnehmungen.

Die Anomalieen der sinnlichen Wahrnehmungen können ebensogut abhängen von den Sinnesorganen und von abnormen Zuständen in diesen, als von einer Erkrankung des Gehirns und gewisser Stellen desselben; und es ist in vielen Fällen schwierig, diese beiden Fälle im Einzelfalle genau auseinanderzuhalten. Sofern die Anomalieen der sinnlichen Wahrnehmungen von dem Centralorgane abhängen, so fallen sie entweder zusammen mit Allgemeinerkrankungen desselben, oder aber bei beschränkteren Affectionen vornehmlich mit solchen des Mittelhirns und der angrenzenden Theile des Klein- und Grosshirns, obwohl eine genaue Localisation der Erkrankung durch die Wahrnehmungsanomalieen nicht möglich ist.

Die Unterscheidung, ob im einzelnen Fall die Anomalie der Wahrnehmung von dem Zustande des Sinnesorgans oder des Gehirns abhängt, ist oft ausserordentlich schwierig und wird oft noch durch die besonderen Umstände des Falls, durch niederen Bildungsgrad, bösen Willen des Kranken, durch gleichzeitige Anomalieen der Vorstellungen in hohem Grade erschwert. Auch ist nicht zu übersehen, dass in vielen Fällen das Sinnesorgan und das Centralorgan gleichzeitig ergriffen sind, dass die Störungen des Ersteren Anomalieen des Lezteren herbeiführen können, wie z. B. in einem Falle, wo ein Kranker bei einem anfangenden grauen Staar, der ihm ein Hinderniss des Sehens verursachte, das er nicht verscheuchen konnte, darüber wahnsinnig wurde, nach Vollendung der Cataracte aber die psychische Anomalie sich wieder minderte (Sinogowitz pag. 254). Oder es kann die ursprüngliche Erkrankung des Centralorgans eine Anomalie des peripherischen Sinnesapparates nach sich führen, wie denn Atrophieen der Bulbi und andere Störungen des Auges bei solchen Blinden nicht selten zu beobachten sind, bei welchen ganz unzweifelhaft der Verlust des Gesichtsinns ursprünglich von Störungen des Gehirns ausging. Die Criterien, durch welche man die von dem Sinnesorgane ausgehenden Perceptionsanomalieen von den durch das Centralorgan bedingten unterscheiden kann, sind:

1) Der objective Zustand des Sinnesorgans, dessen Integrität auf einen centralen Ursprung der abnormen Perceptionen, dessen Anomalie auf einen peripherischen Ursprung schliessen lassen kann. Jedoch können bei Abwesenheit bemerklicher objectiver Störungen die Sinnesorgane wesentlich erkrankt sein; und durch die Möglichkeit nachträglicher Störungen in diesen bei ursprünglicher Cerebralaffection wird auch das Vorhandensein peripherischer Veränderungen noch kein absoluter Beweis, dass in ihnen der Grund der abnormen Perceptionen liegt.

2) Die Isolation der Perceptionsanomalieen auf ein Sinnesorgan, welche für eine örtliche Störung, die Verbreitung der abnormen Perceptionen über mehrere Sinnesorgane, welche für eine Gehirnstörung spricht: jedoch wiederum nur mit Wahrscheinlichkeit, da nicht selten bei einer Gehirnkrankheit sich zuerst die Störungen nur in einem einzigen Sinnesorgane und erst später in weiteren zu erkennen geben und da es andererseits vorkommt, dass ein und dasselbe Individuum bei Integrität des Gehirns in mehreren Sinnesorganen local erkrankt ist.

3) Die Abweichung der Art und des Verlaufs der Perceptionsanomalieen von denjenigen Erscheinungen, welche man bei örtlichen Störungen des Sinnesorgans wahrzunehmen pflegt. So zeigen plastische Hallucinationen, zeigt ein rascher Wechsel der Erscheinungen, vornehmlich wenn er mit gewissen Gemüthsstimmungen zusammenhängt, sicherer auf eine Cerebralstörung hin. Auch hiebei jedoch kann man einem falschen Urtheile ausgesezt sein und in allen Fällen von gänzlicher Vernichtung der Perception in einem Sinnesorgane fällt dieses Criterium von selbst weg.

4) Das gleichzeitige Bestehen anderer Erscheinungen, welche auf eine Gehirnkrankheit hinweisen, was zwar gleichfalls nicht absoluten Werth hat, aber doch immer eines der wichtigsten Momente für die Beurtheilung der abnormen Sinneswahrnehmungen ist.

Jedes dieser Criterien darf nicht für sich allein in Anschlag kommen, wenn man nicht den grössten Täuschungen sich aussezen will, wohl aber kann man durch ihre gemeinschaftliche Benützung einen an Sicherheit grenzenden Grad von Wahrscheinlichkeit gewinnen.

α) Die Anomalieen der Sinneswahrnehmungen können sich beziehen auf Steigerung der Empfindlichkeit, oder auf eine Verminderung derselben in dem Sinnesorgan bis zu vollständiger Anästhesie.

Die Steigerung der Empfindlichkeit hat fast nur dann einen Werth für die Diagnose von Hirnkrankheiten, wenn sie in mehreren Sinnesorganen gleichzeitig besteht. Sie lässt in diesem Falle auf keine partielle Erkrankung, sondern nur auf einen irritativen Gehirnzustand überhaupt schliessen. — Die Verminderung der Empfindlichkeit oder die vollkommene Unempfindlichkeit kann bei Abwesenheit von örtlichen Veränderungen in dem peripherischen Organe, schon wenn sie isolirt vorkommt, eine Gehirnkrankheit vermuthen lassen; sie weist darauf mit noch grösserer Bestimmtheit hin, wenn mehrere Sinnesorgane zumal die gleiche, wenn auch dem Grade nach verschiedene Anomalie zeigen. Ist die Verminderung der Empfindlichkeit oder die Anästhesie nur eine vorübergehende, so kann sie ohne alle anatomische Veränderungen im Gehirn bestehen, sie folgt häufig auf Erschütterungen, tritt bei Intoxicationen ein und kann die mannigfaltigsten Complexe functioneller Hirnstörungen begleiten. Auch eine Wochen oder Monate lang dauernde oder vollkommen permanente Schwächung oder Vernichtung der Sinneswahrnehmungen in einem oder in mehreren Organen kann bei einer einfachen Paralyse von Hirntheilen vorkommen, erregt aber immer den Verdacht einer mehr oder weniger schweren anatomischen Störung, namentlich eines Druks (durch Exsudate, Extravasate und Tumoren), einer Atrophie oder einer Destruction (durch apoplectische Zertrümmerung, Abscedirung, Erweichung). Die Stellen im Gehirn, deren Erkrankung bei den Anästhesieen erwartet werden darf, sind um so eher zu bestimmen, je ausgebreiteter die Suspension der Perceptionen über die Sinnesorgane ist, während im Allgemeinen eine Vernichtung einer isolirten Sinneswahrnehmung von zahlreicheren Verhältnissen abhängen kann.

Die Steigerung der Empfindlichkeit findet sich am häufigsten im Gesichtsinne, Gehörsinne und Tastsinne, in den beiden ersteren Sinnen weniger in der Form einer ungemeinen Feinheit des Sinnes, wiewohl auch diese hin und wieder zu beobachten ist, als vielmehr in der eines Lästigwerdens der gewöhnlichen oder stärkerer äusserer Eindrüke. Auch die Steigerung der Empfindlichkeit in dem Tastsinne, sowie die Empfindungen, welche man zuweilen als Muskel- und Allgemeingefühl unterscheidet, finden sich bei Gehirnkranken sehr gewöhnlich, bald nur an einzelnen Streken und Stellen des Körpers, bald an mehreren zumal, bald überall. Eine ungewöhnliche Steigerung der Empfindlichkeit nach diesen Beziehungen deutet bei Integrität der Peripherie und des Rükenmarks stets mit grosser Wahrscheinlichkeit auf ein Gehirnleiden. Die krankhafte Empfindlichkeit der Haut zeigt sich dabei als ungewöhnliche

Empfindlichkeit gegen Wärme und Kälte und gegen Berührung, die des sogen. Muskelgefühls als schmerzhaftes Ermüden nach geringen Anstrengungen, die des Gemeingefühls als übergrosse Empfindung der körperlichen Vorgänge und Zustände und namentlich ist leztere äusserst gewöhnlich bei Hysterischen, Hypochondern und Melancholischen.

Eine Unbestimmtheit der Sinneswahrnehmungen: undeutliche Fixirbarkeit der Gesichtsobjecte, Zerfliessen der Töne, Verdämmerung, Abmattung, Glanzlosigkeit der Eindrüke, Gefühl, als wäre ein Hinderniss da und als gelangten die Eindrüke nur langsam und mit Schwierigkeit zum Gehirn, partielle Anästhesie der Kopfsinne und Verminderung der Empfindlichkeit der Haut (nicht selten neben stellenweiser Steigerung derselben) deuten überhaupt auf eine Gehirnkrankheit hin, ohne irgend eine speciellere Diagnose zuzulassen.

Die vollkommene Anästhesie lässt einigermaassen sichrere Schlüsse zu: Die Anästhesie des Gesichtsinns und Gehörsinns zugleich findet sich bei Affectionen, welche den Pons und seine Nähe betreffen und überhaupt an der Basis des Gehirns ausgebreitet sind. Meist sind dabei beide Augen und beide Ohren afficirt, wenn auch in ungleichem Grade und es scheint, dass die Anästhesie auf der Seite gewöhnlich am vollkommensten ist, auf welcher die Erkrankung ihren Siz hat. Doch ist nicht zu übersehen, dass auch nicht wenige Fälle existiren, wo bei sehr ausgezeichneten Erkrankungen des Pons die Sinneswahrnehmungen intact geblieben sind. — Eine Anästhesie des Gesichtsinns allein kommt bei den mannigfaltigsten Störungen vor: bei Affectionen der Corpora quadrigemina, des Hirnstiels, ferner aber auch des Kleinhirns, der Seitenventrikelwandungen, des Corpus callosum, des Fornix und Septums, überhaupt bei Affectionen der mittlern und hintern Lappen des Grosshirns; freilich bleibt auch bei Erkrankungen aller dieser Theile hin und wieder die Gesichtsanomalie aus. Nur in den Fällen, wo durch Tumoren, Extravasate oder Exsudate das Chiasma oder der Opticus direct beeinträchtigt ist, fehlt die Blindheit nie. Die Blindheit findet sich fast regellos bald auf derselben, bald auf der entgegengesezten Seite der kranken Gehirnhälfte, bald auf beiden Augen zumal, selbst wenn die Krankheit nur auf einer Seite ihren Siz hat. — Die Anästhesieen des Gehörsinns kommen am häufigsten vor bei Affectionen in der Gegend der mittlern Lappen des Grosshirns und des vordern Theiles des Cerebellum und zwar, wenn sie einseitig sind, bei Erkrankung der entsprechenden Hirnhälfte. — Die Anästhesieen des Geruchsinns sind durchaus vag und lassen keine Localisation der Gehirnerkrankung zu. — Die Anästhesieen der Haut, wenn sie gleichmässig oder annähernd gleichmässig über beide Hälften des Körpers verbreitet sind, kommen bei den mannigfaltigsten Gehirnkrankheiten vor, finden sich namentlich auch vorübergehend in den Paroxysmen der Epilepsie, der Hysterie, der Manie. Wenn sie auf eine Körperhälfte sich beschränken, so lassen sie eine Erkrankung in der entgegengesezten Hirnhälfte vermuthen, obwohl sie auch in dieser Beziehung ein unsicheres Zeichen sind. — Mangel an Muskelermüdung troz anhaltender Bewegung findet sich bei acutem Delirium, jedoch auch zuweilen bei chronischen Gehirnkrankheiten, indess immer bei solchen, bei welchen die Vorstellungen in hohem Grade der Zerrüttung sich befinden. — Mangel an Gemeingefühl und Mangel an Krankheitsgefühl ist gleichfalls eine gewöhnliche Erscheinung der mannigfaltigsten Gehirnkrankheiten.

β) Subjective Empfindungen, welche durch centrale Erregung entstanden und nach aussen projicirt sind, heissen Hallucinationen. Sie sind:

aa) einfache unbestimmte Wahrnehmungen (Funkensehen, Scotome, Doppeltsehen, Ohrensausen, Ohrenklingeln, stinkender Geruch, widerliche Geschmäke, Ameisenkriechen, Prikeln in der Haut, Gefühl von Pelzigsein, Gefühl von Spannung in den Muskeln, allgemeines Gefühl von Schwere oder örtliche Gefühle von Last, allgemeines Gefühl von Unbehaglichkeit, von Kranksein, von Unlust) können nicht nur vorübergehend in gesundem Zustande, sondern bei den mannigfaltigsten extracephalen Krankheiten vorkommen und werden erst dann für eine bestehende Gehirnkrankheit verdächtig, wenn sie bei Abwesenheit peripherischer Erkrankungen sich sehr häufig und in kurzen Zwischenräumen wiederholen oder sehr anhaltend sind. Sie sind dann oft die Vorläufer schwerer Ge-

hirnzufälle und darum nicht gering zu achten. Eine speciellere Diagnose kann aus ihnen nicht gemacht werden. Meist werden sie von dem Kranken als subjective Erscheinungen anerkannt. Wo dagegen ihre Realität hartnäkig angenommen wird oder troz des Bemühens des Kranken, sie zu bezweifeln, sich immer wieder aufdrängt, sind sie Zeichen einer tiefen Gehirnstörung, um so mehr, wenn der Bildungsgrad des Kranken einige Fähigkeit zur Selbstbeobachtung erwarten lassen muss.

bb) Empfindung einer reell nicht existirenden Bewegung, Scheinbewegung, Schwindelempfindung, ist ein in abnormen Zuständen häufig zu beobachtendes Phänomen. Dasselbe zeigt sich jedoch in mehrfachen verschiedenen Modificationen, die für die diagnostische Verwerthung nicht ohne Bedeutung sind.

1) Eine momentane Scheinbewegung, ein plözliches Gefühl, als fiele der Körper in die Tiefe, kommt sehr häufig im Schlafe oder vielmehr im Augenblike des Erwachens, besonders nach kurzem Schlafe bei gesunden, aber geistig aufgeregten Individuen, auch zuweilen in Krankheiten vor, hat meist keine weitere Bedeutung, geht aber doch nicht selten schwereren Hirnzufällen (psychischer Störung, febrilem Delirium, Krämpfen) voran.

2) Scheinbewegungen treten sehr gewöhnlich als Nachempfindungen ein: nach raschem Drehen, nach schnellem Fahren im Wagen, besonders nach dem Fahren auf bewegter See, und machen sich in lezterem Falle vornehmlich in der ersten Nacht, die man wieder im Bette zubringt, lästig. Sie sind ohne alle pathologische Bedeutung.



3) Scheinbewegungen treten ein in Folge subjectiver oder absoluter Unmöglichkeit, die wahrgenommenen Gegenstände mit dem Gesichtsinn, Tastsinn oder auch mit dem Gehörsinn zu fixiren, ohne Zweifel vornehmlich, wenn neue Eindrüke sich mit den noch nicht zu Ruhe gekommenen Empfindungen oder noch fortbestehenden Nachempfindungen vermischen oder wenn unter gleichzeitigen Einwirkungen keine einen überwiegenden Eindruk für die Wahrnehmung macht. In dieser Weise entstehen durch rasche Eigenbewegungen des Körpers, durch Hinabschauen von einer Höhe, durch das Zittern und die Unruhe der Augenmuskel (z. B. bei langem Hinstarren auf einen Gegenstand, auf Linien etc.), durch schnelle Bewegungen, Drehen, Unstetigkeit, Schwanken der Gesichtsobjecte, durch rasche tumultuarische und verwirrte Geräusche, durch Schwanken des Bodens, auf dem man liegt oder steht, Empfindungen theils in dem betroffenen Sinne, theils auch in den übrigen, als wären auch die feststehenden Gegenstände und der eigene Körper in Bewegung, oder als wären die schon vorhandenen Bewegungen noch gesteigert und in anderer als der reellen Richtung erfolgend: Sinnesschwindel. In dieser Hinsicht ist nicht die Scheinbewegung, der einzelne Schwindel an sich krankhaft, sondern nur die Geneigtheit, auch auf geringfügige Veranlassungen der genannten Art schon Schwindel zu bekommen. Ganz in derselben Weise, wie reelle Eindrüke der angegebenen Art Scheinbewegung, Schwindel hervorrufen können, vermögen lebhafte und verwirrte Hallucinationen diese Wirkung zu haben, in welchem Falle nicht der Schwindel, sondern die Hallucinationen das Krankhafte sind.

4) Bei psychischem Affect und in ähnlichen gespannten Verhältnissen der Gehirnfunctionirung: in der Angst, Befangenheit, Erwartung, beim Schrek, bei der Ueberraschung, beim Zorn etc., nicht selten gerade aus Furcht vor dem Schwindel entsteht bei vielen Menschen Scheinbewegung, Schwindel: psychischer Hirnschwindel; und es ist auch dieser nicht an sich krankhaft, nur durch die Häufigkeit seiner Wiederholung und durch seinen Eintritt auf geringfügige Veranlassungen wird er verdächtig.

5) Bei fast allen Arten von Hirnerkrankungen, anatomischen, functionellen und toxischen (Alcool, Blei, Narcotica, verdorbene Luft, Contagien), bei Blutüberfüllung des Organs, wie bei Anämie, bei primären und wesentlichen Hirnstörungen, wie in solchen Fällen, wo das Gehirn nur untergeordnet an andern Erkrankungen Antheil nimmt, kann Schwindel, Scheinbewegung sich vorübergehend oder anhaltend, einmal oder wiederholt zeigen: physischer Hirnschwindel. Und zwar tritt er dabei ohne alle äussere Veranlassung gleichsam spontan ein, oder mit erhöhter Geneigtheit durch dieselben jedoch oft bis zum Uebersehen geringfügigen Anlässe, wie die Scheinbewegung als Nachempfindung, wie der Sinnesschwindel und der psychische Hirnschwindel. Besonders aber entsteht der physische Hirnschwindel bei jeder ungewöhnlichen Stellung und Lage oder bei jeder raschen Veränderung von Stellung und Lage des Kopfs (Niederbüken, rasches Aufsehen etc.).

6) Endlich wird spontaner Schwindel zuweilen als einziges Krankheitssymptom beobachtet, bald in transitorischer und selbst ephemerer Weise, bald wiederholt, bald andauernd. Zuweilen allerdings ist solcher Schwindel nur Vorläufer weiterer Hirnsymptome: so ist der anfallsweise Schwindel Vorläufer der Epilepsie, der dauernde nicht selten Vorläufer psychischer Verwirrung; zuweilen aber dauert Schwindel für sich Jahre lang an oder verschwindet wieder und auch die etwaige Necroscopie ist nicht im Stande, seine Ursachen zu entdeken.



Nach diesen verschiedenen Entstehungsweisen der Scheinbewegung und des Schwindels kann das Phänomen nicht ohne Weiteres zu diagnostischen Zweken verwerthet werden, sondern es ist in jedem Falle, in welchem es beobachtet wird, eine genaue Erörterung der Verhältnisse nöthig, durch welche es etwa hervorgebracht sein kann. Die Art, wie die Scheinbewegung und die Schwindelempfindung im Gehirne hervorgebracht wird, die Theile des Organs, welche dabei betheiligt sind, kennt man nicht. Die pathologischen Thatsachen und namentlich die necroscopischen Forschungen geben darüber keine Aufklärung, da keine functionelle oder anatomische Störung sich angeben lässt, bei der nicht hin und wieder Schwindel vorkommt und durch die er nicht geradezu bisweilen veranlasst wird. Zwar gibt der Schwindel immer einen gewissen Verdacht über den Zustand des Gehirns, doch ist er durchaus nicht auf die Störungen dieses Organs beschränkt, findet sich vielmehr sehr oft bei extracephalen Krankheiten und ist namentlich ein höchst gemeines Symptom aller Infectionen und Intoxicationen, sowie der Krankheiten des Herzens und der Anämie. Soviel ist aber sicher, dass der Schwindel nicht ein in den Opticus und seine Faserverzweigung zu localisirendes Phänomen ist; denn es können nicht nur die andern Sinne (Geschmaksinn ausgenommen) ihn erregen, sondern er kann sich auch in ihrem Bereiche äussern. Romberg's Idee, dass der Schwindel eine Hyperästhesie sensibler Muskelnerven sei, wird man gleichfalls nicht zu theilen vermögen; denn wenn auch die Muskelempfindungen sehr gewöhnlich und oft sehr wesentlich beim Schwindel betheiligt sind, so sind es Gesichtsinn, Wärmesinn nicht minder, ja sogar noch in höherem Grade und in constanterer Weise und auch die wesentlich hyperästhetische Natur des Krankheitsphänomens dürfte sich schwierig erweisen lassen, da der Schwindel sich in der verfolgbarsten Weise in der Paralyse der Empfindungsnerven (sowohl der Bewegungsempfindungen, als der Sinnesempfindungen). verliert.

Die Empfindung einer Scheinbewegung befällt das Individuum plözlich und mit Ueberraschung oder gehen erst leisere Andeutungen voran, ehe der Schwindel in seinem vollen Maasse ausbricht. Am auffallendsten und bemerklichsten ist die Empfindung im Gesichtsinne und bringt in den meisten Fällen den Eindruk hervor, als wenn die Gegenstände sich im Kreise oder überhaupt in Curven drehten, zuweilen auch nur, als ob sie wogten oder in die Quere schwankten, seltener als ob sie in geradliniger verticaler Richtung sich bewegten. Bald gesellt sich hiezu die Empfindung, dass der eigene Körper diesen Bewegungen folgen müsse. In andern Fällen überwiegt das Gefühl, als mache der Körper eine unfreiwillige Bewegung, schwanke, drehe sich, neige sich, wolle fallen; oder ist diese Empfindung (z. B. bei verschlossenen Augen) auch ganz allein vorhanden. — Sehr bald gesellt sich bei jedem irgend erheblichen Grade von Schwindel Undeutlichkeit und Verwischtsein der Sinneseindrüke hinzu oder ist eine solche Abschwächung auch vom ersten Moment an vorhanden: die Gesichtswahrnehmungen verschwimmen und lösen sich in einen Nebel und in Halbdunkel oder völlige Nacht auf (Vertigo tenebricosa); die Gehörswahrnehmungen werden undeutlich, verklingen in einander und Sausen und Brausen in den Ohren, das Gefühl, als sei der Gehörgang verstopft, ein fremder Körper darin, tritt ein; wechselsweise überläuft eine warme und kalte Aura den Körper; der Boden und andere Stüzpunkte scheinen zu schwanken, sich dem Körper zu entziehen, werden zulezt nicht mehr gefühlt; das Gefühl des Pelzigseins, Eingeschlafenseins der Glieder und einzelner Theile wird bald hier, bald dort bemerkt. — Bald nimmt bei bedeutenderen Graden von Schwindel der Willenseinfluss auf die Muskel ab und geht verloren; Unsicherheit des Bliks, Versagen der Sprache, Zittern, schwankende, taumelnde Bewegung oder Stellung, Zusammensinken in den Knieen oder völliges Hinstürzen tritt ein; und damit verbunden ist eine ähnliche psychische Alteration, eine Schwächung und Aufhebung des Willenseinflusses auf die Vorstellungen, eine Unfähigkeit zu willkürlichen Bestrebungen, ein Zustand in der Art oppressiver Affecte und in den meisten Fällen wirkliche, unbesiegbare und lähmende Angst. — Zugleich erbleicht das Gesicht, das Blut wird ungleich in dem Körper vertheilt, die peripherischen und vom Herzen entferntesten Stellen werden kalt; kalter Schweiss tritt auf der Stirne und allmälig über den ganzen Körper ein; Uebelkeit und Erbrechen stellen sich ein. — Schliesslich kann Verlust des Bewusstseins und eine völlige Unmacht aus dem Schwindel sich herstellen.

Das Phänomen des Schwindels ist Gegenstand mehrfacher, zum Theil nicht unwichtiger Untersuchungen geworden. Es sind hervorzuheben: Wepfer (de affectibus capitis internis et externis 1727. pag. 217), Boerhaave (Praelectiones de morb. nervorum 1762), Darwin (Zoonomie II. 124), Marcus Herz (über den Schwindel 1786), Purkinje (Oesterr. Jahrb. VI. 79 und Rust's Magazin XX. 58 und XXIII. 284), Budge (allgemeine Pathologie pag. 393), Romberg (in Casper's Wochenschr. 1. 1057, Nervenkrankheiten 2te Aufl. I. 107); auch Henle hat sich (Handbuch der rationellen Pathologie II. B. 99) ausführlich mit dem Schwindel beschäftigt.

cc) Plastische, verkörperte Hallucinationen, Sinnesdelirien sind subjective Wahrnehmungen, welche nicht bloss in einem einfachen Tone, einer Lichterscheinung bestehen, sondern zu Reihen von Tönen, Harmonieen, Worten, ganzen Reden, oder zu Bildern und Gestalten, welche

bis in das strengste Detail ausgeführt sein können, u. dergl. combinirt sind und welche mehr oder weniger vollkommen der Art der äusseren reellen Objecte dieser Empfindungen entsprechen. Die häufigsten Hallucinationen dieser Art beziehen sich auf die Gehörswahrnehmungen, wenig seltener sind die des Gesichts, während die der übrigen Sinne weit ungewöhnlicher sind.

Die plastischen Hallucinationen kommen bei sonst gesundem Gehirne nicht selten, jedoch meist nur bei begünstigenden Verhältnissen und rasch vorübergehend vor. Bei krankem Gehirn können sie das einzige Phänomen darstellen, oder begleiten sie äusserst häufig in andauernder und vielfältiger Weise verschiedene andere Gehirnkrankheiten.

Sie finden sich ohne Krankheit des Gehirns ungleich häufiger bei Kindern, bei Weibern und bei phantasiereichen, lebhaften, aber weniger energischen Individuen und Säufern und kommen auch in Krankheiten mehr bei derartigen Personen vor, insbesondere bei solchen, welche schon früher in gesundem Zustande dergleichen empfunden hatten.

Zuweilen werden die Hallucinationen plözlich hervorgerufen durch einen übermächtigen äusseren sensoriellen oder psychischen Eindruk, vorzüglich wenn gleichzeitig eine Blutung unterdrükt wurde.

Die geistigen wie leiblichen Erschöpfungszustände (Askese, Hunger, Reconvalescenz, Ueberanstrengung), sofern sie nicht eine tiefe Apathie herbeiführen, sowie die oppressiven Affecte (Gewissensbisse, Furcht, Angst, Traurigkeit, das Schwanken des Willens vor einer Gewaltthat, zu der Einer gedrängt wird und vor der er doch zurükschaudert, sei dieselbe in verbrecherischer Absicht oder durch irre Vorstellungen zum Gedankeninhalt geworden, die verstekte Geilheit der Onanisten und Impotenten, anhaltende Gemüthszustände hemmender Art) disponiren vorzugsweise zu Hallucinationen, während die heftigen activen Erregungen (Zorn, leidenschaftliche Rache, unverstekte Aufregung der Geschlechtslust) sie in ungleich geringerem Grade hervorrufen.



Die Abschliessung der Sinnesorgane und der Mangel an reellen Eindrüken fördert die Sinneshallucinationen bei Gesunden wie bei Kranken, während ein entschieden reeller Eindruk ihnen feindlich ist. Das unwillkürliche Schweifen der Vorstellungen und das Vorhandensein von Vorstellungsdelirien, sowie von krankhaften fixirten Bestrebungen erregt häufig Hallucinationen und kann ihre Art bestimmen, während das willkürliche Fixiren der Aufmerksamkeit sie oft schwinden macht. — Die Einführung gewisser narcotischer Substanzen in das Blut (Datura, Belladonna, Opium, Haschisch), sowie der Missbrauch alcooliger Getränke und die Incorporation von Blei (leztere beide mehr bei anhaltendem, als bei einmaligem Gebrauche) vermögen Hallucinationen herbeizuführen.

Die Beispiele von Hallucinationen Gesunder sind sehr häufig und treten vornehmlich im Zustande geistiger oder körperlicher Abspannung nach heftiger Aufregung ein, sie sind aber alle flüchtig, bestehen in einer auftauchenden und rasch verschwindenden Gestalt oder in einzelnen Worten. — Sobald sie häufiger sich zeigen oder anhaltender werden, sind sie auch für die Erkrankung des Gehirns verdächtig. Auch Beispiele von anhaltenden Hallucinationen, welche das einzige krankhafte Phänomen der Gehirnstörung darstellen, sind nicht selten. Ein Beispiel dieser Art ist das von Nicolai.

„Nicolai (cf. Berlinische Monatsschrift, Mai 1799) war in den leztvorhergegangenen Monaten durch verschiedene unangenehme Vorfälle gekränkt, und hatte einen

gewohnten Aderlass und das Ansezen der Blutegel übergangen. Am 24. Februar 1791, als eben eine Reihe unangenehmer Dinge sein ganzes moralisches Gefühl empört und ihn in eine heftige Gemüthsbewegung versezt hatte, stand plözlich die Gestalt eines Verstorbenen vor ihm. Noch denselben Tag erschienen verschiedene andere wandelnde Phantome. In den folgenden Tagen sah er die Gestalt des Verstorbenen nicht mehr; hingegen kamen viele andere bekannte und unbekannte, aber meistens unbekannte Personen zum Vorschein. Die bekannten waren meistentheils lebende, aber entfernte Personen. Die Phantasmen erschienen unwillkürlich und Nicolai war durch die grösste Anstrengung nicht im Stande, nach Willkür diese oder jene Person hervorzubringen. Sie erschienen bei Tage und bei Nacht, wenn er allein und in Gesellschaft war, in fremden Häusern nicht so häufig, auf der offenen Strasse selten. Zuweilen verschwanden sie durch das Verschliessen der Augen und waren in der nehmlichen Gestalt wieder da, wenn er sie wieder öffnete. Zuweilen verschwanden sie auch nicht bei geschlossenen Augen. Meistens waren es menschliche Gestalten beiderlei Geschlechts, die zuweilen Geschäfte mit einander zu haben schienen, meistens aber ohne Verkehr wie auf einem Markte durch einander gingen. Einmal sah er auch eine Person zu Pferde, dessgleichen Hunde und Vögel. Die Phantasmen erschienen in Lebensgrösse mit den verschiedenen Carnationen der unbedekten Theile und in Kleidung von allerhand Farben, nur waren die Farben blässer als an wirklichen Objecten. Mit der Zeit kamen die Erscheinungen häufiger und öfter. Nach vier Wochen fingen sie auch an zu reden, sie sprachen unter sich, doch meistens redeten sie den Kranken an. Am 20. April Vormittags 11 Uhr wurden Blutegel am After angelegt. Das Zimmer wimmelte von menschlichen Gestalten aller Art, die sich unter einander drängten. Diess dauerte ununterbrochen fort, bis ohngefähr 4½ Uhr, um die Zeit der anfangenden Verdauung. Da bemerkte er, dass die Gestalten anfingen sich langsamer zu bewegen. Kurz darauf begannen ihre Farben nach und nach blässer zu werden, sie nahmen mit jeder Viertelstunde immer mehr ab, ohne dass die bestimmte Figur der Gestalten wäre verändert worden. Etwa um 6½ Uhr waren alle Gestalten ganz weiss und bewegten sich nur sehr wenig, doch waren die Umrisse noch sehr bestimmt; nach und nach wurden sie merklich unbestimmter, ohne dass ihre Anzahl abgenommen hätte, wie sonst oft der Fall gewesen war. Die Gestalten gingen nicht weg, sie verschwanden auch nicht, welches gleichfalls sonst sehr oft geschehen war. Jezt zerflossen sie gleichsam in der Luft. Von einigen sogar waren eine Zeit lang einzelne Stüke zu sehen, die nach und nach auch vergingen. Ungefähr um 8 Uhr war nichts mehr von den Gestalten zu sehen, und sie erschienen nachher nie wieder."

In acuten Gehirnaffectionen sind Hallucinationen ziemlich selten und berechtigen immer zu der Vermuthung einer Intoxication. In den eigentlich psychischen Erkrankungen sind sie besonders häufig und eines ihrer gemeinsten Symptome; und zwar finden sie sich in mehr als der Hälfte der Fälle bei Schwermüthigen, bei Maniacalischen in weniger als einem Drittel, bei Verrükten schon ziemlich selten, um so seltener, je vorgeschrittener die Verrüktheit wird, bei totaler Verrüktheit und Blödsinn nur ausnahmsweise und von der blassesten, undeutlichsten Art. Sehr reichlich und fast ununterbrochen sind dagegen die Hallucinationen in dem oft mit Blödsinn verwechselten Zustande schwermüthiger Versunkenheit und Abschliessung. — Die Hallucinationen finden sich am häufigsten in der Einsamkeit, bei Stille und Dunkelheit, beim Schliessen der Augen, ganz besonders häufig in der Zeit des Einschlafens und sehr oft fallen bei Gehirnkranken die ersten Hallucinationen in diesen Moment oder vervielfältigen sich die schon bestehenden Hallucinationen in dieser Zeit. Etwas seltener finden sie sich beim Erwachen und schliessen sich in diesen Fällen meist an ängstliche Träume an (Alp). In den meisten Fällen können die Hallucinationen durch Aufmerksamkeit des Kranken auf eine reelle Einwirkung verscheucht werden und selbst bei Gehirnstörungen der schwersten Art ist diess oft möglich. Es ist stets ein Beweis grosser Hartnäkigkeit der Hallucinationen, wenn sie troz kräftiger reeller Einwirkungen fortdauern. Wo sie von reellen Sinnesempfindungen angeregt werden, sind es meist nicht etwa starke oder doch deutliche Eindrüke, sondern im Gegentheil schwache, verworrene, wodurch die Hallucinationen veranlasst werden. Ein schwaches Geräusch bei grosser Stille, ein undeutliches Licht, das in einen dunkeln Raum fällt, Gestalten, die in der Dämmerung erscheinen, bringen am leichtesten Hallucinationen zuwege. Ist einmal bei einem Kranken eine Welt von Hallucinationen entwikelt, dann allerdings spinnen sich oft von den verschiedensten Eindrüken aus ganze Scenen und Ketten von Hallucinationen weiter. Dann schweifen aber auch gewöhnlich die Vorstellungen zügellos und werden von dem geringsten Impulse hierhin, dorthin getrieben, allenthalben sind sie von adäquaten Hallucinationen begleitet und von diesen wiederum erregt. Gelingt es in solchen Fällen, die

Vorstellungen auch nur momentan zu concentriren, so heben sich auch oder mässigen sich doch die Hallucinationen.

Die Hallucinationen finden bald nur in einem Sinnesorgane statt, bald in mehreren zumal, oder wechseln sie unter einander ab. Sie können sich, indem sie in mehreren Sinnen zugleich wahrgenommen werden, gegenseitig stüzen, ergänzen, befestigen. — Die Sinnesdelirien sind selten ganz gleichgiltiger und indifferenter Art, meist sind sie mehr oder weniger schrekenerregend oder peinlich, sei es durch ihren grotesken, phantastischen und ungewöhnlichen Inhalt, sei es durch die taumelerregende Schnelligkeit ihrer Bewegung und Aufeinanderfolge, sei es durch ihre Beziehung auf die Gemüthsstimmung des Individuums. Oft sind die Sinnesdelirien jedoch auch heiterer und komischer Art. — Sie entsprechen ihrer Art nach entweder den möglichen reellen Wahrnehmungen oder excediren durch Volumen, Ungeheuerlichkeit oder sind im Gegentheil von winziger Beschaffenheit. Meist deken die Hallucinationen die reellen Eindrüke und verschliessen die Sinne gegen sie; oft mischen sich aber auch reelle Eindrüke und Hallucinationen unter einander.

Der Inhalt der Hallucinationen wird theils bestimmt durch die früheren Verhältnisse des Individuums, seinen Bildungsgrad, seine sociale Stellung, Beschäftigung, seine Erlebnisse, Pläne und frühere oft längst geschehene und fast vergessene Eindrüke (Auftauchen alter Erinnerungen aus früher Zeit in Hallucinationen, Visionen von Personen, an die man längst nicht mehr dachte); oder es wird der Inhalt bestimmt durch den eben vorherrschenden Gemüthszustand, durch die gewonnenen irren Vorstellungen und Wahnideen; ferner kann er an incidente Ereignisse, an Träume und wirkliche reelle Wahrnehmungen sich anschliessen. Endlich ist der Inhalt der Hallucinationen in manchen Fällen von einer gewissen specifischen Art: nach unterdrükten Blutungen (rothe Farbe der Figuren), bei asthmatischen Beschwerden (unförmliche plumpe Gestalten, welche auf die Brust drüken), beim Säuferdelirium (Ratten, Mäuse, Leichenzüge etc.), beim Haschisch (entzükende Visionen). Freilich sind in vielen Fällen die Hallucinationen ganz regellos und bunt ohne alle auffindbare Anknüpfungspunkte an möglicherweise influirende Umstände.

Die mannigfaltigsten und abenteuerlichsten Hallucinationen sind die des Gesichtsinns, während die des Gehörsinns häufiger in gleicher Weise sich wiederholen und selten für sich allein eine grössere Mannigfaltigkeit zeigen. Nur wenn gleichzeitig Gesichtshallucinationen Figuren und Personen vorführen, werden auch die Gehörshallucinationen mannigfaltiger, während sie, wenn sie für sich allein vorhanden sind, meist nur in kurzen Säzen oder einzelnen Worten und einfachen Harmonieen oder Geräuschen bestehen. Die Hallucinationen des Tastsinns und des Gemeingefühls sind meist ganz besonders lästig: bald das Gefühl eines Feuers auf und unter der Haut, des Ameisenlaufens, des Vorhandenseins von fremden Thieren im Innern, der Versteinerung einzelner Theile, des Abgestorbenseins, des Doppeltseins und das Gefühl, als liege ein fremder Körper, eine zweite Person mit im Bette. Die Hallucinationen des Geruchs und Geschmaks erheben sich wenig über die einfachen Sinnesempfindungen.

Es wäre ganz unzwekmässig, den Inhalt der Hallucinationen systematisch zu specificiren oder gar nach ihm besondere Formen von Geistesstörung aufzustellen, wie man wohl früher zuweilen gethan hat (Dämonomanie); denn dieser Inhalt ist zu häufig vom blossen Zufall bestimmt und bei wesentlich derselben Krankheitsform kann bei dem Einen je nach den individuellen Objecten seiner Furcht der Inhalt der Hallucinationen sich mit Gespenstern, bei dem Andern mit Polizeidienern füllen. — Das Deken der reellen Sinneswahrnehmungen durch die Hallucinationen ist bald mehr bald weniger vollständig und hängt von der Intensität der einen und der andern ab. Auch wenn vorübergehend die reellen Eindrüke gewaltsam sich aufdrängen und die Hallucinationen verscheuchen, so werden sie gewöhnlich bei intensiven Sinnesdelirien bald wieder von diesen überwunden.

Das Verhalten des Individuums zu den Hallucinationen ist verschieden und richtet sich nicht nur nach dem Grad seiner Erkrankung, sondern auch

nach dem seiner Bildung und Vorstellungssphäre. Abgesehen von Hallucinationen, die darum für wahr gehalten werden, weil sie die geläufigen Anschauungen des Individuums bestätigen, ist der sonst Gesunde und ist auch meist im Anfange der Gehirnkranke von der Unrealität der Hallucinationen überzeugt; je öfter sie aber sich wiederholen, je zusammenhängender sie werden, um so schwieriger hält er die Einsicht in den subjectiven Ursprung dieser Erscheinungen fest, allmälig drängen sie sich ihm immer mächtiger auf und wenn auch mit Widerstreben befestigt sich bei ihm der feste Glaube an ihre Realität, woneben er immer stumpfer für äussere Eindrüke wird.

Der gebildete Kranke und derjenige, dessen übrige Gehirnfunctionen noch normal oder annähernd normal sind, kämpft erfolgreicher und länger gegen die Hallucinationen: allein wenn sie sich mehren, Zusammenhang bekommen, Hallucinationen verschiedener Sinne sich unterstüzen, so muss auch er zulezt an ihre Realität glauben, diess um so sicherer als mit der Zunahme der Hallucinationen bald auch die übrigen Functionen des Gehirns abgeschwächt und in Unordnung gebracht werden. Der beginnende Glaube an die Realität der Hallucinationen ist anfangs nur partiell und zeitweise, der Kranke hält einen Theil derselben für wahr, den andern erklärt er für Selbsttäuschung, er ist zeitweise von ihrem subjectiven Ursprunge überzeugt, kann aber momentan sich dem Glauben an ihre Wirklichkeit nicht entziehen. Zuweilen erklärt der Kranke, es sei kein wirkliches Hören, kein wirkliches Sehen, sondern er sehe und höre in seinem Kopf, obwohl solche Fälle sich schon an die sogenannten falschen Hallucinationen, an die spirituellen Visionen anschliessen. Auch in der Zeit, wo die Hallucinationen sich bessern, hält der Kranke meist noch an ihrer Realität fest, selbst wenn sie viel weniger intensiv sind, als diejenigen waren, deren subjectiven Ursprung er im Anfange der Erkrankung noch eingesehen hatte.

Die anatomische Grundlage der Hallucinationen ist sowohl nach Siz als nach Art der Erkrankung unbekannt. Sie sind kein sicheres Zeichen, aber eines der häufigsten Symptome der Geistesstörungen, sie werden aber auch häufig die Ursache zu einer solchen oder verschlimmern sie. Sie sind oft von maniacalischen Ausbrüchen gefolgt und die häufigste Ursache von gewaltsamen Handlungen. Das Undeutlicher-, Ruhiger- und Seltenerwerden, das Erbleichen der Farben und Verwischtwerden der Umrisse ist Zeichen der Besserung oder aber eines tieferen Verfalls.

Ueber die anatomische Ursache der Hallucinationen und ihre Localisation im Gehirn sind die allerdivergirendsten Ansichten aufgestellt worden, s. darüber Michéa (du délire des sensations 1846 pag. 29—52). Ausreichende Thatsachen fehlen, um eine solche Localisation festzustellen und die theoretischen Ansichten aufzuführen ist überflüssig. — Unter den Hallucinationen sind es besonders die des Gehörsinns, welche nicht nur den Kranken am meisten steigern und zur maniacalischen Aufregung bringen, sondern auch vorzugsweise die veranlassenden und Ausschlag gebenden Motive zu gewaltthätigen Handlungen zu werden pflegen: in diesem Sinne erscheinen sie als die gefährlicheren. Die Gesichtshallucinationen dagegen regen zwar weniger auf, verschüchtern den Kranken eher, als dass sie ihn zu Handlungen reizen; wenn sie aber einmal zahlreich und in häufiger Wiederholung sich zeigen, so haben sie grössere Hartnäkigkeit und erregen mehr den Verdacht einer unheilbaren Krankheit, als die Gehörshallucinationen. Die Gefühlshallucinationen gehören vornehmlich den Zuständen der Erschöpfung an, reizen nicht zu activen Aeusserungen, sondern wirken eher hemmend und drükend auf den Kranken: ihre Prognose richtet sich vornehmlich nach den Ursachen und Zuständen, welche die Erschöpfung bedingten und sie können sich darum bei eingetretener Ruhe und Erholung schnell wieder verlieren, sie sind aber auch oft die nächsten Vorläufer des tödtlichen Ausgangs. — Manche Hallucinationen lassen durch ihre Art einen mehr oder weniger sicheren, bestimmten Schluss auf die Ursache der Hirnkrankheit zu, wie namentlich die specifischen Hallucinationen bei Alcoolgenuss. Auch manche Krankheiten, bei

welchen das Gehirn nur secundär oder neben andern Organen afficirt ist, haben überwiegend eigenthümliche Hallucinationen, wie z. B. der Typhus.

Ueber Hallucinationen sind ausser den Werken über Geisteskrankheiten besonders zu vergleichen: Esquirol (verschiedene Abhandlungen im Dict. des sc. méd. und in seinem Werke des maladies mentales), Müller (über phantastische Gesichtserscheinungen 1826), Lélut (Gaz. méd. I. 841), Bottex (sur les hallucinations 1836), Hagen (die Sinnestäuschungen 1837), Baillarger (Arch. gén. C. XIV. 354, Annales médicopsychol. A. VI. 1 u. 168; VII. 1), Sinogowitz (die Geistesstörungen 1843), Patterson (Annales médicopsychol. A. III. 168), Brierre de Boismont (des hallucinations 1845), Maury (Annales médicopsychol. A. V. 317), Griesinger (Path. u. Therap. der psych. Krankheiten 1845. pag. 69), Michéa (op. cit.), Macario (Annales médicopsychol. A. VI. 323 u. VII. 13), Thore (Annales médicopsychol. B. I. 72).

b) Anomalieen der Vorstellungen.

Die Anomalieen der Vorstellungen können nur vom Gehirne selbst abhängen, allein ebensowohl durch eine örtliche Erkrankung desselben, als durch eine abnorme Ernährung und durch zugeführte schädliche Substanzen oder Störungen des Blutes zustandekommen. Wenn schon die Unterscheidung dieser Verhältnisse in vielen Einzelfällen schwierig oder sogar unmöglich ist, so grenzen überdem die pathologischen Anomalieen der Vorstellungen so hart an die noch in die Breite der Gesundheit fallenden Verirrungen und die einen und die andern gehen so unmerklich in einander über, dass es sehr häufig ganz unmöglich ist, die Grenze zwischen beiden zu ziehen.

Nur eine solche Vorstellung kann als normal gelten, welche weder mit den reellen Eindrüken der Aussenwelt, noch mit den Axiomen des menschlichen Denkens in Widerspruch steht. Allein die Schwierigkeit, die pathologische Verirrung von der in die Breite der Gesundheit fallenden zu unterscheiden, liegt theils darin, dass zufällige Umstände eine richtige Wahrnehmung äusserer Eindrüke verhindern oder erschweren und damit ein unreines und falsches Material für die Vorstellungen liefern, theils darin, dass nicht nur die natürlichen und angeborenen Dispositionen, sondern ein gewisser Grad von Ausbildung der cerebralen Functionen vorausgesezt werden muss, um die richtige Succession der Vorstellungen zu ermöglichen. So können verkehrte Vorstellungen ganz derselben Art innerhalb der physiologischen Breite sich zeigen, wie sie unter andern Umständen als entschieden pathologische angesehen werden müssen. Die Criterien, eine physiologische und pathologische falsche Vorstellung von einander zu unterscheiden, sind folgende:

1) Soweit sich die Vorstellung an Wahrnehmungen anschliesst, kann eine falsche Vorstellung als nicht krankhaft angesehen werden, wenn die Wahrnehmungen, auf denen sie beruht, an sich undeutlich, zu flüchtig, zu verwikelt u. dergl. sind. In dem Momente des Erwachens z. B., ehe die Wahrnehmungen der Umgebung zu vollkommener Klarheit gekommen sind, meint man häufig an einem fremden Orte sich zu befinden: eine falsche Vorstellung, die unter andern Umständen als entschieden pathologisch angesehen werden muss, hier aber gewiss als keine krankhafte gelten kann. Die falschen Vorstellungen, welche sich an das Wahrnehmen von Gestalten in der Dämmerung und Dunkelheit anknüpfen, haben dieselbe Bedeutung. Die Meinung, dass die Umgebung sich drehe, während der eigene Körper selbst rasch fortbewegt wird, ist gewissermaassen physiologisch gerechtfertigt, während dieselbe Vorstellung des Drehens der Gegenstände bei ruhendem Körper eine krankhafte ist.

2) Der Grad, in welchem die Vorstellungen mit den äusseren Eindrüken contrastiren, ist zwar an und für sich nicht maassgebend für die pathologische Natur jener, kann aber im Verein mit andern Criterien zur Beurtheilung benüzt werden.

3) Damit eine falsche Vorstellung als eine pathologische angesehen werden soll, darf sie nicht zu flüchtig und kurz sein. Obwohl auch in pathologischen Fällen plözliche und rasch vorübergehende Wahnideen vorkommen, so kann doch aus ihnen allein noch keine Folgerung für den abnormen Zustand des Gehirns gemacht werden; nur erst wenn die falsche Vorstellung dauernder wird, sich mehr fixirt, oder aber wenn sich zahlreiche falsche Vorstellungen folgen, wird die Annahme eines pathologischen Zustandes gerechtfertigt.

4) Die Einsicht in die Irrthümlichkeit falscher Vorstellungen ist ebensowenig ein Beweis für die nicht-pathologische Natur derselben, als die Ueberzeugung von ihrer Richtigkeit ein Beweis für ihren krankhaften Ursprung; doch kann ein hartnäkiges Festhalten falscher Vorstellungen gegen einleuchtende und dem Bildungsgrade des Individuums zugängliche Gründe den Verdacht einer wirklichen cerebralen Störung erregen.

5) Gewisse Arten eigenthümlicher oder extravaganter Verirrungen der Vorstellungen geben schon an sich die Gewissheit oder Wahrscheinlichkeit einer cerebralen Erkrankung und lassen zuweilen selbst eine specielle Diagnose zu, z. B. die dauernden Illusionen, die Wahnideen mit Selbstüberhebung (die sogenannte Monomanie des grandeurs), die Vorstellungen von nicht vorhandenem Unglük etc.

6) Da die Criterien für die Bestimmung der pathologischen Natur der falschen Vorstellungen theils nur approximativen Werth haben, theils in vielen Fällen unbenüzbar sind und somit nicht allen Zweifel lösen, so muss als Regel gelten, aus den falschen Vorstellungen allein, falls sie nicht in der extravagantesten und perversesten Weise sich darstellen, niemals eine sichere Diagnose einer Gehirnstörung zu machen, sondern nur die Aufforderung zu entnehmen, nach andern Symptomen cerebraler Erkrankung zu forschen und erst bei ihrem Vorhandensein und aus ihrer Vergleichung mit den Vorstellungsanomalieen die weiteren Schlüsse zu ziehen. Man kann nicht dringend genug darauf hinweisen, dass, so wichtig und einflussreich falsche Vorstellungen bei Gehirnkranken werden können, sie allein nur in den seltensten Fällen eine Diagnose begründen dürfen.

Die abnormen Vorstellungen können von dem Individuum verschlossen werden und in der Vorstellungssphäre verbleiben; sie können von Anfang an oder zu jeder Zeit zu Bestrebungen, sie können aber auch zu Bewegungen ohne weitere Vermittlung (psychisch reflectirte Bewegungen) oder durch das Mittelglied der Bestrebungen Anlass geben und in Worten, in den Gesichtszügen, den Gesticulationen, in Handlungen sich äussern. Der unwillkürliche und unmittelbare Uebergang in solche Aeusserungen zeigt entweder die Mächtigkeit der herrschenden Vorstellungen oder die Abwesenheit hemmender und entgegentretender an.

Nach dem gemeinen Sprachgebrauche bezeichnet man vornehmlich die Aeusserungen krankhafter Vorstellungen und namentlich die Aeusserungen derselben in Worten mit dem Ausdruk des Delirirens. Es liegt aber in diesem Indieerscheinungtreten eigentlich nichts wesentlich Unterscheidendes und es erscheint richtiger, die abnormen Vorstellungen überhaupt Delirium zu nennen: es kann in grosser Lebhaftigkeit vorhanden sein, ohne dass es sich durch Worte und Handlungen verräth, und das Lautwerden der Delirien hängt sehr häufig von einem Zufall ab. Mittheilsame Kranke äussern eher ihre Delirien in Worten, lebhafte und aufgeregte eher in Gesticulationen und Handlungen. Abgesehen von solchen in der gesammten Individualität begründeten Ursachen der Aeusserung des Deliriums beobachtet man dessen Lautwerden vornehmlich da, wo die abnormen Vorstellungen selbst sehr intensiv, bestimmt und darum die ganze geistige Thätigkeit occupirend sind, oder aber da, wo wegen Armuth an Vorstellungen überhaupt (bei Kindern, einfältigen Leuten, im Sopor, bei Blödsinn) die wenigen und auch noch so dürftigen krankhaften Vorstellungen, durch andere nicht gehindert sofort die motorischen Apparate (die Sprachwerkzeuge, Gesichtsmuskel, locomotorischen Muskel) allein bestimmen.

α) Die krankhaften psycho-sensoriellen Vorstellungen bestehen:

entweder in einer abnormen Auffassung und Deutung des unmittelbar Wahrgenommenen, ohne dass die Art der Einwirkung des äusseren Objects eine solche Deutung rechtfertigt: Illusionen, — welche auf alle Sinnesorgane sich beziehen können, jedoch bei Weitem am häufigsten auf den Gesichtsinn, und welche zwar unter ähnlichen Verhältnissen cerebraler Störung eintreten wie die Hallucinationen, häufig mit solchen verbunden sind, neben ihnen bestehen, mit ihnen abwechseln, aber fast immer ein Zeichen eines tieferen Erkrankens des Gehirns sind, als die Hallucinationen;



oder in unwillkürlich sich aufdringenden Bildern, Phantasieen, welche aber nicht wie die Hallucinationen nach aussen projicirt, sondern als psychische Erscheinungen erkannt werden: falsche Hallucinationen, spirituelle Visionen, welche ganz vorzugsweise auf den Gesichtsinn, doch zuweilen auch auf den Gehörsinn sich beziehen, in den andern Organen nur in Andeutungen vorkommen und meist Zeichen der Exaltation oder der tiefen Versenkung sind, als solche, wenn sie im Verlauf der verschiedenen Gehirnstörungen auftreten, beurtheilt werden müssen und zuweilen den Hallucinationen vorangehen oder mit ihnen wechseln.

Die Unterscheidung von Hallucinationen und Illusionen, welche als eine vollkommen richtige und naturgemässe angesehen werden muss, obwohl sie nicht ganz streng durchzuführen ist, rührt von Esquirol her. Während der Hallucinant Bilder sieht und Töne hört, ohne dass diese Empfindungen von einem äussern Objecte angeregt würden, so sieht der Illusionär statt der wirklichen Gestalt eine andere, statt eines Menschen ein Ungeheuer, statt des Irrenhauses einen Palast, statt der einfachen Zeichnungen einer Tapete Tausende von menschlichen und thierischen Figuren. Die Illusionen beziehen sich aber nicht bloss auf die Form und die Farbe der Gegenstände, sondern auch auf ihre Bewegung: ruhende Gegenstände erscheinen in Bewegung und die Figuren, welche der Kranke an seiner Tapete bemerkt, scheinen ihm bald langsamer bald rascher fortzurüken, immer neue kommen an die Stelle der abgegangenen, oder dreht sich ihm Alles in buntem Wirbel.

Ein Beispiel wirklicher und falscher Hallucinationen im Gehörgang zumal ist folgendes, von Michéa (du délire des sensations 1846. pag. 444) mitgetheilt: Madame B.. hört fast jede Nacht, ohne eingeschlafen zu sein, Stimmen, welche sie als die mehrerer ihrer Verwandten erkennt und welche ihr sehr undeutlich die Worte zurufen: „wir ruiniren uns über den Kosten deines Unterhalts, Ungeheuer haben uns eingesperrt und du bist die Ursache unserer Gefangenschaft.“ Durch diese imaginären Stimmen erhält ihr Gehörorgan deutlich den Eindruk, wie durch den Ton einer wirklichen Stimme. Aber die Personen, welche in solcher Weise zu ihr sprechen und welchen sie, um sich zu rechtfertigen, antworten muss, hört sie auch in einer andern Weise; sie vernimmt andere ähnliche Worte von ihnen, welche bald von einem Punkte des Horizonts, bald von einem andern zu kommen scheinen und bei welchen ihr Ohr von keinem Tone getroffen wird (sans que son oreille soit frappée par aucun son), sie unterhält sich mit ihnen auf gleiche Art, d. h. durch Vermittlung des Gedankens (par l'intermédiaire de la pensée). — Die falschen Hallucinationen, die sich auf den Gesichtsinn beziehen, sind noch viel häufiger und sind unwillkürlich vorgeführte Phantasieen, welche aber mit einer solchen Gewalt auftreten, dass der Kranke sie objectivirt, sie als ein Zweites, ihm Fremdes ansieht, mit dem er verkehren, sich unterhalten kann, ohne dass er selbst sie als wirklich vorhandene körperliche Gegenstände ansieht; freilich können sie sofort zu ächten Hallucinationen werden.

β) Die krankhaften psychischen Vorstellungen, Wahnideen (psychische Delirien oder schlechtweg Delirien) können zwar durch Sinneswahrnehmungen herbeigeführt, angeregt, genährt werden, bald durch normal percipirte Eindrüke, bald durch Illusionen oder Hallucinationen, ächte und falsche, sowie durch Traumbilder; aber sie überdauern nicht nur diese äussere Anregung, bedürfen nicht nothwendig der äusseren Nahrung, sondern sie gehen überhaupt über die Vorstellungen sinnlicher Gegenstände hinaus.

Die Wahnideen beginnen selten im Verlaufe ruhiger und gesunder Geistesthätigkeit, eher bei Individuen, die im Zustande der Spannung, der physiologischen Exaltation, des Affectes, der Leidenschaft sich befinden, oder bei solchen, welche angeboren oder erworben zu einer gewissen Perversität und Bizarrerie des Denkens disponirt sind oder deren Vorstellungen unter dem Einflusse eines schon gekränkten Gemüths stehen. Be-

sonders häufig aber beginnen sie gleichzeitig mit mehr oder weniger zahlreichen andern Symptomen wirklicher Erkrankung des Gehirns. Oder die Wahnideen entstehen als symptomatische Erscheinungen im Verlaufe anderer ausserhalb des Gehirns gelegener Vorgänge, sei es örtlicher Störungen oder allgemeiner Erkrankungen.

Verhältnissmässig selten wirken sehr starke äussere Einflüsse, sensorielle wie gemüthliche unüberwindbare Hemmungen oder mächtige und anhaltende Sensationen so gewaltig, dass sofort die Vorstellungen verkehrt werden und falsche Anschauungen sich fixiren. Ebenso werden selten und fast nur bei acuten Erkrankungen beträchtlicheren Grades Delirien unabhängig von äusseren Eindrüken beobachtet, indem irgend welche verkehrte Vorstellungen ohne bekannte Motive in den Gedankenkreisen hervortreten, oder auch ein bunter Wechsel von solchen ohne Zusammenhang mit äusseren Eindrüken sich abwikelt. Solche gleichsam spontane Delirien bemerkt man am ersten als Symptome extracephaler Krankheiten oder constitutioneller Störungen, vornehmlich der Intoxication. — In den bei Weitem meisten Fällen sind die ersten Wahnideen das Ergebniss des unbewussten Versuchs, gewisse unerwartete wirkliche Ereignisse und Wahrnehmungen oder vermeintliche Vorgänge in der Aussenwelt, Hallucinationen, Träume und Illusionen mit den herrschenden Vorstellungsmassen oder der obwaltenden gemüthlichen Stimmung, oder auch mit den sonstigen Eindrüken der reellen Welt in Einklang zu bringen. Sie sind Erklärungsversuche, die nach den Schlussgesezen des Geistes gemacht werden, bei welchen aber stets ein Theil des Schlusses oder einer seiner Vordersäze durch das Bedürfniss supponirt wird. Sind dagegen einmal Wahnideen vorhanden, so können sie sich weiter gegenseitig nähren und erzeugen, indem zur Lösung des Contrasts derselben mit der Aussenwelt es der Herbeiziehung neuer falscher Vorstellungen bedarf und indem durch Association, Detaillirung und Schlussfolgerung die Wahnideen sich vervielfältigen. Gewöhnlich mehren gleichzeitig bestehende Hallucinationen die vorhandenen Delirien und alle äussere Eindrüke thun das um so mehr, je perverser die Vorstellungsmassen geworden sind und je mehr sie daher mit der realen Welt contrastiren. Jezt geschieht es, dass jene abgerissenen Einfälle, die auch dem Gesunden zuweilen, wie durch Zufall durch den Kopf gehen, als neuer Wahninhalt sich zum übrigen gesellen. So können Vorstellungen und Urtheil immer verwirrter werden und jeder Anhaltspunkt für die Verständigung verloren gehen.

Im Speciellen kommen Delirien unter folgenden Verhältnissen vor:

1) Als acute nervöse Reizung der Hirnrinde primärer Art, wie solche nach Ueberanstrengungen, heftigen Eindrüken und leidenschaftlichen Ausbrüchen zuweilen beobachtet wird.

2) Als acute nervöse Reizung der Hirnrinde, welche in der Art einer transitorischen Miterkrankung die Affectionen anderer Theile des Nervensystems, sowohl des Gehirns selbst, als des Rükenmarks, als einzelner Nerven zuweilen begleitet. So entsteht nicht selten acutes Delirium bei und nach der Epilepsie, während der Chorea, während eines tetanischen Anfalls, während eines hysterischen Paroxysmus, bei sehr schmerzhaften Neuralgieen, bei Glottiskrämpfen u. dergl. m.

3) Als acute nervöse Reizung der Hirnrinde, welche in sympathischer Weise andere Localvorgänge, bei welchen das Nervensystem gewöhnlich nicht auffallend ergriffen zu sein pflegt, begleitet. In dieser Weise tritt acutes Delirium bei der Geburt und dem Wochenbette, nach Verlezungen, am häufigsten Selbstmordversuchen, doch auch nach blutigen Operationen, nach Fracturen, ja selbst zuweilen beim Catheterismus, ferner bei manchen Localkrankheiten, am häufigsten bei Pericarditis, zuweilen bei Pneumonie, bei Gelenkentzündungen, bei Würmern im Darme ein, ohne dass in diesen Fällen durch ein auffallend gesteigertes Fieber oder durch irgend einen andern Umstand der meist sehr unerwartete, oft ganz plözliche Eintritt des Deliriums vermittelt wäre. Diese Form des Deliriums, die man wohl auch als nervosum oder einseitiger als traumaticum bezeichnet hat, ist meist von sehr heftiger und furibunder Art, geht jedoch, wenn sie nicht mit dem Tode endet, in welchem Falle die Abwesenheit aller anatomischen Störungen in den Centralorganen die Regel ist, nach kurzer Dauer ohne irgend einen bleibenden Nachtheil vorüber.

4) Als Symptom gesteigerter fieberhafter Aufregung, in welchem Falle meist das Delirium sich allmälig herstellt und den sonstigen Fiebersymptomen mehr oder weniger vollkommen proportional ist, sich dadurch namentlich von der vorigen Form aufs Allerbestimmteste unterscheidend, wenn auch Uebergänge zwischen beiden Formen nicht selten vorkommen. Dieses Delirium febrile ist in der ersten Zeit gewöhnlich mild und steigert sich erst im Verlaufe zuweilen zu heftigeren Aus-

brüchen. Es kann zu jeder Localkrankheit hinzutreten, zeigt sich jedoch mehr bei solchen Krankheitsformen, deren Art eine Constitutionskrankheit vermuthen lässt (Typhus, Choleratyphoid, Dysenterie etc.).

5) Als acutes Symptom einer acuten oder chronischen Blutveränderung, vornehmlich einer Vergiftung. Die meisten constitutionell wirkenden Gifte, am häufigsten der Alcool, die Narcotica, aber auch Aether und andere Anästhetica, sowie, wiewohl seltener, Blei, Arsen und andere Metalle, rufen bei acuter Incorporation Delirien hervor und können bei chronischer Vergiftung zeitweise solche veranlassen. Die Art des Deliriums hat dabei bald einen specifischen Character, bald nicht. Ihnen schliesst sich an eine Anzahl von Constitutionserkrankungen, welche als acute Infectionen aufgefasst werden müssen (Scharlach, Poken, Pyämie etc.), bei welchen, wenn nicht immer, so doch häufig, Delirien eintreten, ohne dass weder der Grad des Fiebers, noch locale Veränderungen im Gehirne solche zu erklären vermögen. Andere Constitutionskrankheiten haben, wenngleich seltener, eine ähnliche Wirkung auf die Vorstellung (Anämie, Scorbut etc.). In allen diesen Fällen ist im Falle des Todes fast ausnahmslos im Gehirn nichts zu finden, was dasselbe von dem ähnlicher Fälle ohne Delirium unterscheiden würde oder sonst das Vorhandengewesensein der Gehirnstörung erklären könnte.

6) Als Symptom acuter Gewebsstörungen in der Hirnrinde oder ihrer nächsten Nähe, in den Hirnhäuten: das Delirium begleitet die intensive Anämie und Hyperämie der Hirnrinde, die intensive Hyperämie der Pia mater, die Meningitis während deren ersten Stadiums, das erste Stadium der entzündlichen Erweichung der Hirnrinde, die multiplen Ecchymosirungen u. dergl. m.

7) Als Symptom chronischer destructiver Processe, der Verhärtung der Hirnrinde, der Verwachsung der Pia mater mit der Hirnfläche, der Verwachsung der Ventrikelwandungen, der Verkleinerung der Seitenventrikel, besonders der Versperrung des Hinterhorns und Unterhorns, der Atrophie einzelner Hirnwindungen, — in welchen sämmtlichen Fällen das Delirium chronischen Verlaufs ist.

8) Als nach und nach vorbereitende chronische Verwirrung der Ideen, wie sie vom melancholischen Stadium an bei eigentlichen Geisteskranken vorkommt und mit verschiedenen Modificationen bis zum äussersten Grade des Blödsinns fortbesteht.

Im einzelnen Falle können verschiedene dieser Verhältnisse zugleich realisirt sein: es kann z. B. das Puerperaldelirium durch einen Mammaabscess eingeleitet und determinirt werden, das Alcooldelirium zu einer Pneumonie oder Fractur hinzutreten, das traumatische Delirium durch die vorangehende Gemüthsstimmung des Selbstmörders vorbereitet sein etc.

Die Art des Deliriums ist unendlich mannigfaltig nach Ausdehnung, Inhalt, Acusserung und Verlauf.

Die Delirien sind bald partiell, indem bei einer vorhandenen Wahnidee ein mehr oder weniger grosses Gebiet der Vorstellungen intact geblieben ist oder doch geblieben zu sein scheint, bald total, indem alle Vorstellungen mehr oder weniger in Verwirrung sind und, wenn auch einzelne isolirte noch richtig sich zeigen, doch keine normale Beziehungen der Vorstellungen unter einander mehr stattfinden. Das partielle Delirium besteht zuweilen im Anfang der Erkrankung in leichten, fast noch an die Breite der Gesundheit des Gehirns gränzenden Fällen; das Delirium wird dagegen in allen vorgeschrittenen Fällen total, und wenn in solchen später die Verwirrung auf einzelne Gebiete der Vorstellungen sich zu beschränken scheint, so ist das in den meisten Fällen nur trügerisch und nur die Folge der gleichgiltigeren Behandlung dieser Vorstellungskreise von Seite des Kranken. Bei der wirklichen Besserung des Deliriums kann dagegen dasselbe bis zur vollen Herstellung wieder eine Zeit lang partiell werden.

Der Inhalt der Wahnideen ist bald einförmig, bald vielfach gegliedert und wechselnd. Er ist entweder von heiterer, angenehmer Art, oder peinlich und schrekhaft, selten und meist nur scheinbar indifferent. Er wird bestimmt bald durch die Ursachen der Erkrankung, bald durch die Umstände, die zu ihr mitgewirkt haben (Hallucinationen, äussere Ein-

drüke, Leidenschaften, Gemüthsstimmungen etc.), bald durch die Einwirkungen, welche während der Dauer der Erkrankung stattfinden. Er modificirt sich nach den zuvor bestandenen Vorstellungskreisen, dem Bildungsgrade, den Bestrebungen des Individuums. Er ist überdem bald bestimmt und die einzelnen Wahnideen sind scharf und klar, bald sind sie dunkel, verwischt, wie solches in Fällen tumultuarischer Erkrankung oder beim Uebergang in Drukverhältnisse und Paralyse zu geschehen pflegt.

Die Aeusserung der Wahnideen ist bald laut, aufgeregt und wild, bald still und ruhig, bald endlich verschliesst der Kranke absichtlich oder unabsichtlich die Ideen, welche ihn beschäftigen.

Die Delirien sind entweder acut oder chronisch, permanent oder intermittirend, sie zeigen entweder eine Zunahme an Umfang, Festigkeit und Lebhaftigkeit, welche, wenn sie rasch ist, entweder ein baldiges günstiges oder ein bald tödtliches Ende erwarten lässt, oder sie erhalten sich längere Zeit in gleicher Weise, in welchem Falle der Ausgang stets zweifelhaft ist, oder sie zeigen eine Abnahme und Beruhigung, welche, wenn sie mit Aufklärung der Vorstellungen verbunden ist, Besserung erwarten lassen kann, wenn mit Abblassung der Vorstellungen verbunden, dagegen den Uebergang in Paralyse darstellt.

γ) Die Abschwächung der Vorstellungen, die Dürftigkeit und Stumpfheit der Vorstellungen.

Eine Verminderung der Vorstellungen kann sich zeigen als Armuth, Sparsamkeit oder als Undeutlichkeit derselben. Beide Verhältnisse sind gemeiniglich gemischt. Dabei kann es geschehen, dass bei einer grossen Armuth an Vorstellungen und bei Undeutlichkeit der meisten beschränkte Vorstellungscomplexe von grosser Mächtigkeit das psychische Individuum occupiren und dass eben durch dieses abnorme Hervortreten einzelner Vorstellungskreise alle übrigen zurükgedrängt, verdunkelt und unmöglich werden.

Die Armuth und Stumpfheit der Vorstellungen kann entweder eine transitorische und acute, oder eine chronische, mehr oder weniger habituelle sein.

Die acute Verminderung der Vorstellungen stellt eine wesentliche Eigenthümlichkeit der hypnoiden Zustände dar. Die chronische Armuth der Vorstellungen und die Stumpfheit derselben bildet einen wesentlichen Theil des Symptomencomplexes des Blödsinns; doch zeigt sie sich auch bei manchen Melancholischen, bei welchen ein partiell sehr bewegter psychischer Zustand mit einer beschränkten Anzahl peinlicher Vorstellungen und eine Abstumpfung für die übrigen besteht.

c) Anomalieen der Bestrebungen.

Die Anomalieen der Bestrebungen sind sehr oft ganz von den krankhaften Wahrnehmungen und Vorstellungen abhängig, von der Unfähigkeit des Individuums, beschränkende und berichtigende Vorstellungen den zur Herrschaft gelangten willkürlich und in der erforderlichen Energie entgegenzusezen. Die Bestrebungen sind in diesem Falle nichts weiter, als die Consequenz von Wahrnehmungen und Vorstellungen einer gewissen Art und einer gewissen Stärke. Aber diese Genese der Bestrebungen ist



nicht erschöpfend, denn wir sehen Reichthum und Fülle der Wahrnehmungen und Vorstellungen den Bestrebungen ebensowohl hinderlich, als förderlich werden, wir sehen Armuth an Vorstellungen nicht nur mit Abschwächung der Bestrebungen, sondern gar oft gerade mit Unbeugsamkeit derselben verbunden. Die Fähigkeit zu Bestrebungen und daher die Abweichungen derselben sind eigenthümliche Aeusserungen des psychischen Lebens, welche zwar zusammenhängen mit den Vorstellungen, aber bis zu einem gewissen Grade Selbständigkeit zeigen können; und gerade in einem Theil der pathologischen Fälle geschieht es, dass diese Unabhängigkeit des Bestrebens von den vorhandenen Vorstellungen so auffallend wird, dass jenes fast ganz unmotivirt erscheint.

Die Bestrebungen liefern einen nicht minder reichlichen Beitrag zur Semiotik der Hirnkrankheiten, als die Vorstellungen. Vornehmlich bieten sie bei den sogenannten Geisteskranken eine grosse Mannigfaltigkeit des anomalen Verhaltens dar und gerade in ihnen liegt sehr oft der stärkste Accent der wahrnehmbaren Hirnstörung. Doch sind sie auch bei andern Hirnkranken von nicht geringer Wichtigkeit und lassen oft zuerst die entstehende Affection im Gehirn vermuthen. Sie sind um so beachtenswerther, weil sie im Durchschnitt weit mehr sich äussern in Worten, im Benehmen, in Handlungen, also für die objective Beobachtung zugänglicher sind, als die oft von den Kranken verschlossenen Vorstellungen. Doch ist nicht zu übersehen, dass auch die Bestrebungen und zwar oft gerade die intensivsten von den Kranken zuweilen lange zurükgehalten werden können, was aber immer einen gewissen Grad von Integrität, wenigstens einzelner Gebiete des Hirnlebens, also eine noch nicht zu vorgeschrittene Krankheit voraussezt.

Die Bestrebungen brauchen nicht unmittelbar in Handlungen überzugehen, es liegt aber gerade im Wesen einer besonderen und häufigen Art des Bestrebens, dass wegen Einseitigkeit und Gewalt desselben hemmende Bestrebungen nicht oder schwierig sich einstellen, aufkommen oder in die Länge festgehalten werden können und dass daher die anomalen Bestrebungen leichter, weil ohne Hinderniss, in Handlungen ausschlagen. — Im Wesen der andern Art des anomalen Bestrebens, der schwachen und confusen Bestrebungen liegt es dagegen, dass es zu keinen Concentrationen des Bestrebens kommt und dass im Augenblik, wo eine Bestrebung zur Herrschaft gelangen und in Handlung sich äussern will, alsbald die entgegengesezten oder doch andersartige Bestrebungen hemmend und verwirrend sich einmischen und die Handlung vereiteln, ganz wie schon im gesunden Leben dasselbe bei unentschlossenen, willensschwachen Individuen beobachtet wird.

Die Anomalieen der Bestrebungen reihen sich ohne Grenze an die normalen an und es gibt keine Art der krankhaften Bestrebung, die nicht auch dem Gesunden sich aufdringen kann, wenn sie auch von demselben ihrer verkehrten oder ausschweifenden Art wegen oder aus sonstigen ethischen oder Klugheitsmotiven mit Glük (oder auch nicht) unterdrükt wird. Die Anomalie der Bestrebung ist häufig nur unter Rüksichtnahme auf das Gesammtverhalten des Individuums als eine krankhafte zu erkennen, und solange die Bestrebungen die einzigen Abweichungen des psychischen Lebens sind, ist die Beurtheilung immer von der äussersten Schwierigkeit, ob man sie als pathologische oder nur als verirrte ansehen soll. Gerade auf diesem Punkte wird es stets unmöglich bleiben, die Grenze zwischen thörichten und verbrecherischen Bestrebungen und zwischen krankhaften festzustellen und es bleibt daher immer Aufgabe, in fraglichen Fällen zu trachten, durch Herbeiziehen anderer Symptome der Hirnstörungen die Entscheidung zu sichern.

Die Anomalie der Bestrebung kann sowohl in ihrer Steigerung, als in ihrer Schwäche und in dem Mangel der Bestrebungen (Apathie) liegen; aber

die Krankhaftigkeit der Bestrebungen liegt viel weniger und viel seltener in einfach graduellen Verschiedenheiten, als vielmehr in verschiedenen Verhältnissen, welche sich an die Steigerung und an die Abschwächung der Bestrebungen anschliessen und ihre Eigenthümlichkeit begründen. Die intense Bestrebung wird erst dann zur anomalen, wenn sie unwiderstehlich wird, wenn sie sich isolirt, keine andere neben sich duldet, wenn sie ohne entsprechende Motive sich einstellt und fortdauert, oder wenn sie bei gleichzeitigem Herrschen anderer sich mit denselben confundirt. Die Anomalie bei der Bestrebungsschwäche liegt nicht in der Abwesenheit oder geringen Energie der vorhandenen Bestrebungen an sich, sondern darin, dass auch starke Motive keine entsprechende Bestrebungen hervorrufen, dass die vorhandenen nicht festzuhalten, schwerbeweglich sind und dass sie sich zu leicht vermischen und verwirren: das Krankhafte liegt bald in der Unfähigkeit des Individuums zu bestimmten Bestrebungen, bald und beim äussersten Grade zu Bestrebungen überhaupt.

Was die einzelnen Arten des Bestrebens anbelangt, so verhalten sie sich in ihren krankhaften Modificationen in sehr mannigfaltig verschiedener Weise.

α) Die reflectirten Bestrebungen, die unmittelbar sich an Sinnesempfindungen anschliessen, finden sich bei Gehirnstörungen gewöhnlich vermehrt, vornehmlich dann, wenn eine gesteigerte Empfindlichkeit für Sinneseindrüke vorhanden ist und zahlreiche subjective Sinnesempfindungen bestehen. Die Reflexbestrebungen erscheinen bei gestörtem Gehirn zugleich anhaltender und energischer, als bei gesundem und schlagen ungehemmt in Aeusserungen und Handlungen aus. So beobachtet man bei Gehirnkranken das Zuschlagen oft ohne alle Vermittlung von Vorstellungen, die Neigung zu entfliehen ohne die Idee einer Gefahr, die Neigung sich zu verkriechen u. dergl. m. — Sobald die Sinne stumpf sind, vermindern sich die Reflexbestrebungen oder schliessen sich mehr dunklen subjectiven Empfindungen an.

β) Die instinctiven Bestrebungen, die Triebe liefern viele wichtige Symptome und Krankheitsäusserungen, lassen aber nach manchen Beziehungen in ihrem Vorhandensein und in ihren Modificationen, in ihrer Steigerung und in ihrer Abnahme bei Hirnkranken oft keine genügende Erklärung zu. Man beobachtet sowohl bei irritativen Formen der Gehirnkrankheit theils Abnahme, theils Zunahme der Triebe und ebenso erwachen in den paralytischen Formen oft einzelne Triebe mit grosser Energie, während andere und die meisten sich verlieren. Dessenungeachtet ist eine gewisse, wenn nicht ausnahmlose, aber doch ziemlich regelmässige Beziehung der Zu- und Abnahme der einzelnen Triebe zu speciellen Erkrankungsformen des Gehirns nicht zu verkennen und nur in den Zuständen, in welchen alle Gehirnthätigkeiten auf ein Minimum reducirt sind (thanatoide, auch hypnoide Zustände), sind auch die Triebe nach allen Beziehungen erloschen oder doch aufs äusserste beschränkt.

Unter den positiven Trieben zeigt der Selbsterhaltungstrieb bei Gehirnstörungen eher eine Verminderung und die meisten am Gehirne acut oder chronisch leidenden Kranken begeben sich ohne Furcht in Gefahren, suchen sie selbst auf und sind

gegen die Erhaltung ihres Lebens gleichgiltig. Diess ist vornehmlich bei deprimirten und exaltirten Zuständen, aber auch bei den Abstumpfungsformen der Fall. Nur bei hypochondrischer Stimmung ist eine erhebliche Steigerung dieses Triebes zu bemerken. — Der Nahrungstrieb ist bei Gehirnkranken oft sehr darniederliegend und es kann bei ganz gesunden Verdauungsorganen eine gänzliche Appetitlosigkeit bestehen, ja sogar ein bis zur hartnäkigsten Nahrungsverweigerung gehender Widerwillen. Diess hängt freilich in vielen Fällen zusammen mit Delirien und Hallucinationen, aber auch, diese zugegeben, muss doch der Instinct in solchen Fällen höchst vermindert oder ganz erloschen sein. Man findet diese Abnahme des Nahrungstriebes vorzüglich in melancholischen Zuständen und bei acuten Gehirnkrankheiten, zuweilen auch bei einzelnen Verrükten und andern Formen von Geisteskrankheit. Im Gegensaz hiezu ist der Nahrungstrieb bei vielen Gehirnkranken ausserordentlich, zuweilen bis zu den höchsten Graden des Heisshungers gesteigert: so vorzüglich bei Maniacalischen, Wahnsinnigen, Verrükten und Blödsinnigen, aber auch zuweilen bei gehirnkranken Individuen ohne Störung der Vorstellungen. — Das Begehren nach Getränken ist ausser bei fieberhaften Zuständen namentlich in maniacalischer Aufregung und im Wahnsinn gesteigert, ferner bei Solchen, welche durch Trunksucht selbst in Hirnstörung verfielen. Oft ist nur überhaupt der Trieb vorhanden, Flüssigkeiten in grosser Menge zu sich zu nehmen und von Vielen wird geradezu dem Wasser der Vorzug gegeben; viele Gehirnkranke aber und zwar nicht bloss von Haus aus Trunksüchtige zeigen eine grosse Neigung zu berauschenden Getränken. — Das Begehren nach lebhaften Sinneseindrüken ist im Durchschnitt bei Gehirnstörungen, vornehmlich bei eigentlichen Geisteskrankheiten, wenn dieselben nicht acut verlaufen, sehr gesteigert. Sowohl die Eindrüke der Wärme, als auch die der Kälte (kalte Uebergiessungen, kalte Waschungen) werden mit Begierde ergriffen. Ebenso wird das Licht, werden glänzende Gegenstände, wird Geräusch, Musik instinctiv aufgesucht. Fast ganz allgemein ist bei Geisteskranken und bei vielen andern Gehirnkranken die Sucht nach Schnupf- und Rauchtabak und nach andern scharfen Gerüchen. Dagegen tritt bei acuten Gehirnstörungen oft eine grosse Abneigung gegen Sinneseindrüke aller Art ein. Auch bei Hypochondern und Hysterischen bemerkt man eine solche, oder auch capriciöse Idiosynkrasieen. — Der Geschlechtstrieb ist bei manchen Formen der Hirnstörungen, vornehmlich bei den Exaltationen der Manie und des Wahnsinns, aber auch oft bei Verrükten, Blödsinnigen und Hysterischen sehr gesteigert und zeigt bald eine ganz excessive Heftigkeit ohne alle Scheu und ohne alle Rüksichtnahme auf Art und Beschaffenheit der Objecte, bald aber eine überwiegend unnatürliche und perverse Richtung. Er nimmt bei manchen Kranken dieser Art das ganze Individuum in Beschlag und gibt allen Vorstellungen seine Färbung; es kann dabei der Kranke seiner Begierden vollkommen bewusst sein und ihnen mit schlauer Ueberlegung oder brutaler Gewalt gerecht zu werden suchen, oder aber eine fast unbewusste Geilheit ist der Mittelpunkt oder vielmehr die beinahe einzige Bewegung in dem stumpfsinnigen und fast automatischen Hirnleben geworden: Individuen dieser Art onaniren fast mechanisch und machen lüsterne Angriffe, ohne dass weder vorher eine Ueberlegung, noch nachher eine Erinnerung daran stattfindet. Eine Verminderung des Geschlechtstriebs bemerkt man ganz allgemein in melancholischen, hypochondrischen und apathischen Zuständen. — Der Trieb zu Bewegung ist ganz allgemein gesteigert in allen irritativen Formen und es ist daher das beständige Herumlaufen, die Agilität des Kranken, das Entlaufenwollen ein wichtiges Zeichen der vorhandenen, sich steigernden oder in den Abschwächungsperioden der noch fortdauernden Irritation. Dieser Trieb zur Bewegung gestaltet sich zu einem instinctiven Bestreben nach Beschäftigung und zwar namentlich nach mechanischer, doch zuweilen auch nach geistiger und es ist dieses Bestreben ein Zeichen, dass etwas mehr Ruhe eingetreten ist und zusammenhängendere Vorstellungen und Bestrebungen wieder möglich geworden sind, es kann daher Zeichen der Besserung, aber auch Zeichen des Uebergangs in die stilleren, unheilbareren Formen sein. In beiden Fällen kann sich anfangs der Beschäftigungstrieb in ganz ähnlicher Weise darstellen, aber während im ersteren Falle die Art der erstrebten Beschäftigung immer angemessener und besonnener gewählt wird, wird im zweiten Falle die Beschäftigung immer zwekloser, läppischer und artet zulezt in den Trieb zu sinnlosen Spielereien aus. Eine Verminderung des Bewegungstriebes findet sich in gedrükten und apathischen Zuständen, aber auch bei sehr lebhaftem inneren Spiele der Wahnvorstellungen und der Hallucinationen. — Der Trieb zur Ordnung, zur Reinlichkeit ist meist bei Hirnkranken, zumal psychisch Kranken vermindert oder selbst verloren gegangen und fängt nur bei Wiederherstellung des ruhigeren Flusses im gestörten Gehirnleben an, sich wieder, jedoch meist in absurden Formen, einzustellen. — Der Trieb zur Geselligkeit ist im Anfange der meisten anhaltenden Hirnkrankheiten vermindert, während er in gewissen vorgeschritteneren Stadien oft in einer ungezügelten Weise hervortritt.

Zu den negativen Trieben ist im Allgemeinen die Disposition bei allen Gehirnkranken erhöht und wird meist durch Hallucinationen und Wahnideen noch weiter gesteigert. Die Kranken sind sich der Gefährlichkeit und Ungehörigkeit dieser Triebe im Anfange gewöhnlich sehr wohl bewusst und kämpfen oft lange mit Erfolg gegen sie an: zufällige Umstände, äussere Eindrüke, besonders aber Hallucinationen können diese Triebe jedoch plözlich zu einer solchen Gewalt steigern, dass sie unwiderstehlich in Handlungen sich äussern. — Diese negativen Triebe stellen sich theils nur in der Art einer Abneigung, eines Abscheus, eines Ekels dar, welche zumal gegen früher geliebte Personen und zwar oft ohne alle Motive eintreten oder durch falsch ausgelegte Thatsachen, durch Hallucinationen und Wahnideen vermittelt wurden; theils aber sind sie destructiver Art und bald gegen die eigene Persönlichkeit (Verstümmlungstrieb, Selbstmord), bald gegen Andere oder selbst gegen leblose Gegenstände gerichtet. Nicht selten ist eine ganz allgemeine Neigung, Unheil zu stiften, zu zerstören, zur Grausamkeit vorhanden.

Im Allgemeinen darf man annehmen, dass alle diese pathologisch gesteigerten Triebe erst durch allmälige Vorbereitung sich zu derjenigen Gewalt erhöhen, dass sie alle übrigen Vorstellungen zurükdrängend in gewaltsame Handlungen ausbrechen. Doch kann ein solches Resultat unter Umständen (z. B. bei von Haus aus schwachen, willenslosen und vorstellungsarmen Individuen, oder bei starken äusseren Eindrüken, heftigen Hallucinationen und in Momenten, wo die Besinnlichkeit aus andern Gründen vermindert ist, wie im Momente des Erwachens, in der Trunkenheit, bei zufälligen Affecten) sehr rasch und selbst fast plözlich eintreten. Mehrere dieser Triebe und ihre Aeusserungen in Handlungen sind Gegenstand grösserer Aufmerksamkeit geworden und verdienen diese der Wichtigkeit ihrer Folgen wegen. Die Abneigung gegen früher geliebte Personen kommt vornehmlich bei sehr complicirtem Irresein vor und wo sie sich zeigt, kann man fast immer annehmen, dass die Krankheit viel weiter vorgeschritten ist, als es vielleicht äusserlich den Schein hat. Der Selbsthass findet sich meistens bei solchen Individuen, die in irgend einer Beziehung wirklichen Grund zur Reue und Zerknirschung haben und bei welchen diese peinlichen Vorstellungen nach eingetretener Erkrankung und dadurch bedingter Verminderung der Widerstandsfähigkeit um so ungehinderter die ganze psychische Individualität beherrschen oder doch influiren; ganz besonders findet sich der Selbsthass bei denen, welche vor der Erkrankung Geschlechtsexcesse, zumal unnatürliche geübt haben. Der Trieb zur Selbstverstümmlung ist gleichfalls bei Individuen leztерer Art am häufigsten zu beobachten und hängt überdem sehr oft mit einer religiösen Richtung der psychischen Vorstellungen, häufig auch mit Hallucinationen zusammen. Der Trieb zum Selbstmord hat bei Gehirnkranken sehr mannigfaltige Quellen und es sind in vielen Fällen die Motive dieses bei den verschiedensten psychischen Erkrankungen vorkommenden Triebes nicht vollkommen zu erforschen. Er findet sich bei Uebermächtigkeit körperlicher und psychischer Schmerzen und peinigender Vorstellungen, aber auch bei allmälig oder plözlich eingetretener Gemüthsleere; er ist oft die Folge von Hallucinationen, die zu ihm auffordern oder denen der Kranke durch den Selbstmord entrinnen will; er ist ebensooft ein directes Begehren, als ein Mittel, Begehrungen, denen der Kranke nicht mehr zu widerstreben vermag, ein Ende zu machen; er grenzt endlich in manchen Fällen an die automatischen Bestrebungen und es hängt dann das Unternehmen des Selbstmords mit der gänzlichen Gleichgiltigkeit gegen das Leben zusammen und ist nicht höher anzuschlagen, als jede andere unmotivirte und grillenhafte Handlung. In vielen Fällen ist der Trieb gar nicht mit einer klaren Einsicht in die Folgen der Handlung verbunden und es fehlt die eigentliche Absicht, sich das Leben zu nehmen, sondern es wird zu andern Zweken („um sich zu erleichtern") oder ganz absichtslos die selbstmörderische Handlung unternommen. Die Neigung, im Allgemeinen Unheil zu stiften, die Tüke und Grausamkeit ist eine instinctive Bestrebung vieler psychisch Kranken, welcher sehr häufig dunkle Vorstellungen erlebten Unrechts oder Unglüks zu Grunde liegen, die an sich und im Einzelnen oft vergessen nichtsdestoweniger fortfahren, den Character zu bestimmen. Der Brandstiftungstrieb ist ebenso wie der Selbstmordstrieb nicht ein von specifischen Motiven abhängiger Instinct und man hat aus diesem Grunde Recht, wenn man gegen seine Annahme, vollends als eigenthümlicher Krankheitsform (Pyromanie) protestirt. Dunklere und deutlichere Rachegefühle, Trieb zum Unheilstiften überhaupt sind häufig die Quelle der sogenannten Pyromanie, und die specifische Form, in welcher sich der destructive Trieb in solchen Fällen äussert, hängt oft nur davon ab, dass die Brandstiftung ein Allen zugängliches Destructionsmittel ist, daher sie meist von solchen Individuen benüzt wird, denen andere gewaltthätige Handlungen weniger möglich sind (Kinder, Schwachsinnige). Andererseits aber drängen auch gar nicht selten Hallucinationen, Reminis-

cenzen ganz speciell den Kranken zur Brandstiftung, und in diesen Fällen ist die leztere nicht eine zufällige, sondern eine durch den Vorstellungsinhalt vollkommen motivirte That. Die Mordlust ist bald eine allgemeine und die höchste Steigerung der destructiven Triebe, und zeigt sich in solcher Weise viel häufiger vorübergehend und in Exaltationsperioden, als dauernd; bald aber ist sie gegen einzelne Individuen gerichtet, sei es, dass diese selbst der Gegenstand der Vorstellungen sind, welche den Kranken occupiren (Hass, vermeintliche Kränkung, zuweilen die Vorstellung, die zu Opfernden vor Unheil zu bewahren, Hallucinationen, welche zum Mord eines Andern auffordern), oder sei es, dass der Trieb zur That unter dem Einfluss einer Illusion entsteht (Verwechslung des sich zufällig darbietenden Individuums mit einem Ungeheuer u. dergl.), sei es endlich, dass zufällig bei der Gegenwart des Opfers eine Combination von Vorstellungen bei dem Kranken sich einstellt, welche den Instinct zu der That hervorruft.

γ) Anomalieen des Wollens.

Das Wollen kann in Krankheiten des Gehirns ungestümm sein:

1) wegen excessiver Mächtigkeit der dasselbe veranlassenden Vorstellungen;

2) wegen Abwesenheit hemmender Vorstellungen;

3) wegen exaltirter Steigerung der Hirnthätigkeit überhaupt.

In allen diesen Fällen characterisirt sich der Wille durch seine Unbeugsamkeit und Rüksichtslosigkeit (Eigensinn, Starrsinn), in vielen gibt sich zugleich eine Ungemessenheit der Begehrungen (krankhafte Begehrlichkeit, Planmacherei, Thatenlust), oder ein Wechsel, eine Unruhe und ein Ueberspringen derselben kund.

Noch häufiger ist das Wollen schwach, selbst beinahe gänzlich erloschen (Abulia), und zwar kann das geschehen:

1) wegen Stumpfheit der Vorstellungen und Flüchtigkeit derselben überhaupt und wegen Mangels an hervortretenden Vorstellungen insbesondere, wie bei den stupiden Zuständen;

2) wegen der zu zahlreichen Vorstellungen, welche sich gegenseitig hemmen und zu keinem festen Entschlusse kommen lassen: so in vielen Fällen exaltirter Zustände, bei vielen Melancholischen, Deliranten und bei dem Uebergange in die Fatuität;

3) wegen Unfähigkeit, die Bestrebung zu fixiren, welche entweder als ursprüngliche Naturanlage in die Krankheit mitgebracht wird oder in dieser erst entsteht.

Die Unentschlossenheit und die Abulie sind Verhaltungsweisen, welche den verschiedensten Gehirnstörungen, acuten wie chronischen, irritativen wie paralytischen gemein sind, und welche überdem einen gewissen Starr- und Eigensinn nicht ausschliessen, der meist eher negativ, als positiv, zuweilen ganz unmotivirt und automatisch ist, zuweilen an dunkleren oder deutlicheren Vorstellungen haftet.

δ) Automatische, scheinbar unmotivirte Bestrebungen (Grillen) werden in Krankheiten des Gehirns um so zahlreicher und herrschender, je mehr die überlegten Willensbestimmungen sich verlieren oder nur in einseitiger Richtung sich concentriren. Die automatischen Bestrebungen treten meist plözlich in das Bewusstsein oder geben ebenso plözlich und unverhofft zu Handlungen Anlass. Bei häufiger Wiederholung pflegen sie aber gewohnheitsmässig zu werden. Die Bestrebungen und die davon abhängigen Handlungen sind durchaus zweklos, oft sinnlos, haben einen

läppischen Character und können, so extravagant sie sein mögen, bei ganz ruhigem Geiste und in grösster Kaltblütigkeit ausgeführt werden; über ihnen ertappt ist der Kranke oft selbst über sie verwundert. Oft wechseln nichtige Bestrebungen (und Handlungen) in bunter Reihe, oder entsteht immer die Bestrebung zum Gegentheil von dem, was gesollt wird (grillenhafter Eigensinn).

Die Grillen bleiben häufig innerhalb der Grenzen einer lächerlichen und kindischen, aber harmlosen Niaiserie, werden aber in anderen Fällen, um so mehr wegen ihres unerwarteten und nicht voraus zu berechnenden Eintritts höchst lästig, selbst gefährlich. Es scheint, dass schlecht erzogene und gewöhnte, von Haus aus sonderbare Menschen im Falle einer Krankheit mehr daran leiden, als andere. In vielen Fällen lassen sich dunkle, zurükgetretene Vorstellungen bei den Kranken auffinden, die in einer fernen Beziehung zu den automatisch erscheinenden Bestrebungen stehen; in andern Fällen ist auch nicht der geringste Zusammenhang derselben zu entdeken. Ueber die Gründe solcher Bestrebungen befragt, geben die Kranken meist eine sinnlose Antwort oder suchen selbst erst hintendrein ihr Bestreben mit einem unwahren Motive auszustatten. — Bei allen Arten von Gehirnkranken werden diese Bestrebungen zahlreich beobachtet, doch am meisten in der Narrheit und in den Schwächezuständen des Gehirns.

d) Anomalieen der vom Gehirn abhängigen Bewegungen.

Nur diejenigen Abweichungen der Bewegung können als cerebrale Bewegungsanomalieen angesehen werden, welche einerseits von einer Störung des Gehirns direct abhängig und nicht durch secundäre Erkrankung anderer Theile entstanden sind.

Bei vielen Krankheiten des Gehirns kommen Anomalieen der willkürlichen und halbwillkürlichen Bewegungen in der mannigfaltigsten Gestaltung und Combination vor. Viele dieser Anomalieen der Bewegung können aber in sehr ähnlicher Weise von Krankheiten des Rükenmarks, von Krankheiten der motorischen Nerven und von Krankheiten sensitiver Apparate abhängen, und es gibt kein allgemeines Criterium, bei der einzelnen Form von Bewegungsanomalie mit Bestimmtheit ihre Abhängigkeit vom Gehirn oder von einem andern Theile des Nervensystems zu unterscheiden; nur aus der Combination verschiedener Bewegungsanomalieen, aus ihrem Verlauf und aus den Umständen ihres Vorkommens ist die Bestimmung des Ursprungs der Anomalie bald mehr, bald weniger sicher möglich.

Von welchem Theile des Gehirns die Bewegungen und ihre Anomalieen direct abhängig sind, ist durchaus noch nicht ausgemacht, und weder das physiologische Experiment, noch die pathologischen Thatsachen geben darüber entscheidenden Aufschluss. Pathologische Fälle lehren, dass die Bewegungen zwar bei den Erkrankungen jeder Stelle des Gehirns anomal werden können, dass namentlich die Krampfformen in keinem irgend constanten Zusammenhange mit einem bestimmten Siz der Hirnkrankheit stehen, dass aber die Suspension der Bewegungsfähigkeit am häufigsten und in fast constanter Weise eintritt, wenn der Pons, die den Seitenventrikeln benachbarten Theile des Grosshirns, die Hirnschenkel in erheblicher Weise gedrükt oder destruirt sind, ziemlich häufig, wenn eine ähnliche Affection die übrigen Theile der weissen Substanz des Grosshirns oder das Kleinhirn betrifft; dagegen nur ausnahmsweise, wenn die Corticalsubstanz des Gehirns allein ergriffen ist. Diese Thatsachen entsprechen nicht vollständig den durch das physiologische Experiment gelieferten Resultaten. In lezterer Beziehung hat vornehmlich Ed. Weber wichtige Ergebnisse der Anwendung des Stroms des Rotationsapparats (R. Wagner's Handwörterbuch der Physiologie III. B. 12 ff.) mitgetheilt. Er hat gefunden, dass die permanente Reizung motorischer Nerven eine dauernde Contraction in denjenigen Muskeln hervorruft, welche von den unterhalb der gereizten Stelle abgehenden Nervenfäden versorgt werden; dass eine Reizung des Rükenmarks einen tonischen Krampf bewirkt, welcher die Anwendung des Reizmittels überdauert und sich auch auf die Muskel ausdehnt, deren Nerven oberhalb der gereizten Stelle entspringen; dass die permanente Reizung der Empfindungsnerven einen clonischen Krampf in den Muskeln in mehr oder weniger grosser Ausbreitung hervorrufen kann; dass endlich durch Reizung der Hemisphären des grossen und kleinen Gehirns gar keine Bewegungen und nur bei Reizung der Vierhügel clonische Krämpfe hervorgebracht werden. Theoretiker haben aus diesen Experimenten, von welchen Weber selbst

nur sagt, dass sie vielleicht dazu dienen können, die Quelle der verschiedenen Formen der Krämpfe näher zu bestimmen, sofort ohne Weiteres den Siz der Epilepsie, des Tetanus etc. ausmachen wollen. Allein wenn es nach dieser Schlussfolgerung scheinen will, dass tonische Krämpfe überhaupt gar nicht vom Gehirne abhängen, clonische dagegen entweder nur von den Vierhügeln oder von der Reizung sensitiver Nerven, so stehen damit die zahlreichsten pathologischen Thatsachen nicht im Einklange, und bevor dieser Widerspruch gelöst ist, können diese Experimente zu diagnostischen Zweken nicht verwendet werden. Wollte man das Experiment mit den pathologischen Thatsachen durch die Hypothese in Uebereinstimmung bringen, dass bei der Hirnstörung, welche Krämpfe hervorbringt, diess nur dadurch geschehe, dass bei clonischen Affectionen die Vierhügel, bei tonischen das Rükenmark secundär und nachträglich afficirt werde, so wäre damit die Möglichkeit, die Krämpfe für die Diagnose des Hirnleidens zu benüzen, beseitigt, während wir doch aus dem empirischen Zusammenfallen wenigstens einzelner Krampfformen mit bestimmten Gehirnerkrankungen sehr wichtige und zum Theil zuverlässige diagnostische Anhaltspunkte bekommen. — Ueberhaupt ist aber der Gegensaz der clonischen und tonischen Krämpfe nur in extremen Fällen festzuhalten und wir sehen ein so häufiges Uebergehen, Wechseln und Nebeneinanderbestehen beider Krampfformen, dass kaum zu bezweifeln ist, dass beide aus derselben Quelle stammen können und nur untergeordnete Modificationen ihnen zu Grunde liegen. — Während die Krampfformen oft einen empirischen Anhaltspunkt für die Art der Erkrankung des Gehirns, aber höchst selten einen solchen für den Siz des Uebels geben, sind zur Ausmittlung des lezteren vornehmlich die Paralysen zu benüzen, und zwar sind sie unter allen Symptomen der Gehirnkrankheiten diejenigen, welche am sichersten zur Bestimmung des Sizes der centralen Störung verwandt werden können. Dagegen sind sie ihrerseits durch Form, Grad und Ausdehnung wenig oder gar nicht zur Beurtheilung der Art der Gehirnerkrankung zu verwenden, sondern liefern zur Ermittlung der lezteren nur durch die Weise ihres Eintritts Material.

Der Entstehung und Art nach zeigen die vom Gehirn abhängigen Bewegungsanomalieen eine grosse Menge von Verschiedenheiten:

α) es tritt eine Abnormität der Bewegungen ein in Folge von abnormen Vorstellungen und Bestrebungen, und jene sind diesen entsprechend nach Art, Raschheit, Menge und Dürftigkeit:

die abnormen Vorstellungen und Bestrebungen äussern sich in diesem Falle in entsprechendem Muskelspiel, in Gesticulationen, Worten und Handlungen;

die Raschheit und Langsamkeit der Bewegungen entspricht dem Flusse der Vorstellungen und Bestrebungen;

die ausgedehnte und tumultuarische Beweglichkeit entspricht der Ueberfüllung des psychischen Gebietes;

die Bewegungslosigkeit, die Beschränkung der Bewegungen entspricht der Abwesenheit oder Dürftigkeit von psychischen Vorgängen.

β) Der Einfluss der Vorstellungen, reflectirter, instinctiver und automatischer Bestrebungen macht sich in der Weise geltend und manifestirt sich darum durch abnorme Bewegungen, weil diese nicht beschränkt werden durch den Willen oder weil der Wille überwältigt wird, und zwar diess:

bei übermächtigen Vorstellungen, reflectirten, instinctiven und automatischen Bestrebungen;

oder bei Schwäche und Aufhebung des Willens.

γ) Die Empfindungen erregen ohne Vermittlung von Vorstellungen und Bestrebungen in abnormem Grade und in abnormer Ausdehnung Bewegungen (Reflexactionen): weil

die psychischen Functionen latent oder unterdrükt sind;

die Bewegungen in abnormer Weise leicht erregbar sind.

δ) der positive Einfluss der psychischen Vorgänge auf die willkürliche Bewegung ist beschränkt und aufgehoben, und zwar

entweder treten spontane, nicht von Empfindungen, Vorstellungen und Bestrebungen abhängige Bewegungen, namentlich ohne oder gegen Willen ein, welche bald mässig sind, bald mit mehr oder weniger grosser Gewalt erfolgen und in lezterem Falle Krämpfe heissen;

oder es mischen sich ungewollte Bewegungen den gewollten bei (abnorme gesteigerte Mitbewegungen);

oder die erschlafften Muskel lassen sich weder durch den Willen, noch durch unwillkürliche Bestrebungen, noch durch Vorstellungen, in den äussersten Fällen selbst nicht durch Empfindungen genügend oder auch gar nicht in Contraction versezen (Paralysen).

ε) Der Tonus der Muskel kann bei Hirnkrankheiten verändert sein, vermehrt (bei irritativen Zuständen) oder vermindert (bei depressiven oder paralytischen).

Diese verschiedenen Formen der vom Gehirn abhängigen Anomalieen der Bewegung haben für die Beurtheilung des krankhaften Zustandes einen höchst verschiedenen Werth; manche derselben sind nur untergeordnete Nebenerscheinungen und dienen als wichtige Zeichen für die Beurtheilung des Falls, noch andere stellen für sich die einzige oder doch hervorragendste Erscheinung in dem Einzelfalle dar und müssen daher, so lange die ihnen zu Grunde liegende Cerebralstörung nicht bezeichnet werden kann, vorläufig als symptomatische Krankheitsformen aufgefasst werden. Von besonderem Interesse sind namentlich

1) unwillkürliche und ebensowenig von instinctiven Bestrebungen oder von Vorstellungen angeregte Bewegungen, zumal deren heftigere Arten: die Krampfformen. Sie können nicht auf einzelne wenige Categorieen, wie clonische oder tonische, zurükgeführt werden, sondern es ist nach mehreren Seiten hin den Eigenthümlichkeiten der Erscheinung Rechnung zu tragen, wenn man sie mit kurzen Ausdrüken bezeichnen will. Die Formen sind, da sie auch von andern Theilen als dem Gehirn ihren Ursprung nehmen können, schon Band I. pag. 321 aufgeführt; hier sollen nur die Eigenthümlichkeiten der vom Gehirn abhängigen Krämpfe, die Beziehungen derselben zu der centralen Störung und die Criterien der Unterscheidung von Krämpfen andern Ursprungs hervorgehoben werden.

a) Die permanente Starrheit und continuirliche Contractur eines Muskels oder mehrerer findet sich sehr häufig bei chronischen Gehirnkranken mit oder ohne gleichzeitige Lähmungen, ist aber ein unzuverlässiges Symptom, da es ganz unmöglich ist, zu entscheiden, ob sie von dem Centralorgane oder von den peripherischen Nerven abhängt.

b) Starrkrämpfe, tetanische Krämpfe, welche entweder über die sämmtlichen Muskel oder über einen grossen Theil derselben verbreitet sind, auch wohl in verschiedenen Theilen abwechseln, finden sich zuweilen bei einfachen Reizungen des Gehirns (Hysterie, vorübergehende Hyperämie), ferner zuweilen bei Intoxicationen (Alcoolvergiftung, Opiumvergiftung, Bleiintoxication), sind jedoch meist, sofern sie vom Gehirn abhängen, namentlich bei Männern ein Zeichen einer schweren Erkrankung des Centrums und kommen besonders bei Meningitis, bei Hirnabscess, zuweilen auch bei Tumoren als zeitweise Paroxysmen in der Art eines einzelnen tetanischen Krampfes oder eines jedesmal kürzdauernden Cyclus solcher Krämpfe vor.

Da aber tetanische Krämpfe sehr häufig vom Rükenmarke abhängen, so ist es practisch wichtig, Criterien zu haben, um die cerebralen und spinalen tetanischen Krämpfe zu unterscheiden.

α) Die ersteren treten als einzelne oder auch cumulirte Paroxysmen auf, die nur einmal statthaben oder bei Wiederholung von längeren Pausen unterbrochen sind, die spinalen als continuirliche Erkrankung, bei welchen nur im Anfange oder zur Zeit der Besserung kurzdauernde Remissionen oder auch Intermissionen sich zeigen.

β) Bei den vom Gehirn abhängigen tetanischen Krämpfen ist das Bewusstsein verloren oder doch sehr verdunkelt, entweder schon vor dem Eintritt des Krampfes oder sogleich mit seinem Eintritt; in sehr vielen Fällen leitet eine Ohnmacht diese Krämpfe ein und leztere treten oft nur als eine Art des Schlusses der Ohnmacht auf; bei spinalen Krämpfen dieser Art ist das Bewusstsein mindestens anfangs voll-

kommen erhalten und fängt nur bei Andauer und Zunahme der Krankheit an getrübt zu werden.

γ) Die cerebralen tetanischen Krämpfe wechseln häufig mit clonischen ab, gehen in sie über oder entwikeln sich aus ihnen.

δ) Die cerebralen tetanischen Krämpfe beschränken sich nicht auf Rumpf und Glieder, sondern sind von Anfang an meist mit heftigen Verzerrungen der Gesichtsmuskel und Augenmuskel verbunden, welche bei den vom Rükenmark abhängigen Affectionen dieser Art nur in untergeordneter Weise eintreten.

ε) Die cerebralen tetanischen Krämpfe sind meist mit Unempfindlichkeit der Körperoberfläche, wenigstens während der Dauer des Krampfes verbunden.

c) Acut eintretende, aber während der ganzen Erkrankung ohne Intermission fortdauernde Starrheit und Spannung der Nakenmuskel, der Sternocleidomastoidei, seltener anderer Muskel, bald mit, bald ohne krampfhafte Rükwärtsbeugung des Kopfs, oft mit schmerzhafter Empfindlichkeit der gespannten Muskel gegen Berührung, findet sich vornehmlich bei Meningitis, und zwar am sichersten bei der, welche an der Basis des Gehirns ihren Siz hat, und da dort die granulirte (tuberculöse) Form sich überwiegend zeigt, am gewöhnlichsten bei dieser.

d) Eine einfache, bald kürzer bald länger dauernde, aber nicht bloss momentane Erstarrung der Rumpf- und Gliedermuskel mit Aufhebung des Willenseinflusses, aber mit erhaltener passiver Biegsamkeit, also ohne oder mit Muskelrigidität findet sich zuweilen vorübergehend in verschiedenen acuten und noch mehr in chronischen Gehirnkrankheiten, kann aber weder auf Art noch auf Siz der Störung einen Schluss zulassen. Bei der Unmöglichkeit, dieses Symptom weiter für die Diagnose zu verwenden, hat man, wenn dasselbe in ausgezeichneterem Grade und in anhaltenderer Weise vorhanden ist, dasselbe als eine besondere Krankheitsform hervorgehoben: Catalepsie, was bei der Dunkelheit der wesentlichen Störungen im Gehirn und bei der Undurchsichtigkeit des Zusammenhangs mit andern Erscheinungen, neben welchen das Symptom bald vorhanden ist, bald nicht, vorläufig nicht missbilligt werden kann.

e) Convulsionen (mit Erschlaffung oder unter einander abwechselnde heftige Contractionen der Muskel) erfolgen vorübergehend in vielen Fällen einer cerebralen Irritation, ferner bei raschen Störungen der Blutmenge im Gehirn (Anämie und Hyperämie), nicht selten bei Intoxicationen, ferner zuweilen in der ersten Zeit des Verlaufs einer Encephalitis. Sie werden mehr oder weniger habituell bei anhaltenden Reizungen und bei den verschiedensten chronischen Hirnstörungen, lassen aber ebendarum keine sichere anatomische Diagnose zu. Es hängt von Nebenumständen ab, ob man diese Convulsionen epileptische nennt (bei gänzlicher Bewusstlosigkeit und bei Wiederholungen in einzelnen vollkommen getrennten Anfällen oder Anfallsgruppen), — oder hysterische (mit Starrkrampf wechselnd, oft mit Delirium verbunden, meist ohne Verlust des Bewusstseins), — oder eclamptische (fragmentarische Convulsionen, die sich auf einzelne Theile des Körpers beschränken oder zwar in allgemeinen heftigen Erschütterungen bestehen, aber rasch in einem einzelnen Anfalle oder in einer acuten Anfallsgruppe vorübergehen oder auch in Starrkrampf enden und wobei das Bewusstsein bald verloren geht, bald nicht), — oder endlich choreaartige (wechselnde Bewegungen von einer gewissen Regularität mit erhaltenem Bewusstsein oder mit Delirium). Diese verschiedenen Convulsionen gehen in der mannigfaltigsten Weise in einander über, succediren sich im Verlaufe einer und derselben Krankheit, und da man oft in Verlegenheit ist, zu welcher Form man den individuellen Fall rechnen soll, so hat man noch Uebergangskrämpfe (hysteroepileptische etc.) aufgestellt. In der That zeigen alle diese Formen nur eine Erkrankung des Gehirns überhaupt, in keiner Weise aber die Art und am wenigsten den anatomischen Zustand an und es ist darum vollkommen gerechtfertigt, wenn man bei diesen Krämpfen aus den hervorstechendsten Symptomen und aus ihrer Aneinanderreihung empirische Krankheitsformen abstrahirt hat und vorläufig festhält, welche, solange die wesentlichen Vorgänge im Gehirn nicht bekannt sind, als einzige Mittel schneller Verständigung unentbehrlich bleiben. Solche müssen um so mehr in specielle Betrachtung genommen werden, als für dieselben zum Theil gewisse eigenthümliche äussere Ursachen aufgefunden sind und an die empirische Form sich zahlreiche Erfahrungen über Heilerfolge anknüpfen (s. darüber die specielle Betrachtung). Die Convulsionen können vielleicht auch vom Rükenmark abhängen. Mit noch grösserer Gewissheit darf man annehmen, dass sie oft von peripherischen Empfindungsnerven angeregt und unterhalten werden. Zur Unterscheidung der Convulsionen cerebralen Ursprungs von denen mit peripherischer Genese kann nur die speciellste Untersuchung des Einzelfalls mit Rüksichtnahme einerseits auf etwa vorhandene Störungen extracephaler Organe und Nervenstämme, andererseits auf das

Vorhandensein von der Convulsion vorangehenden peripherischen Phänomenen dienen.

f) Zukungen (momentane Erschütterungen des ganzen Körpers oder eines einzelnen Theils, welche entweder nur einmal oder in höchst verzettelter Weise eintreten) kommen bei den verschiedensten acuten wie chronischen Hirnkranken vor, sogar zuweilen bei so leichten Störungen, dass sie noch in die Breite der Gesundheit gerechnet werden und treten bald spontan, bald aber und vorzugsweise auf unerwartete Sinneseindrüke, wohl auch in der ersten Zeit des Schlafes ein. Sie bieten an sich gar keinen Anhalt für die Diagnose und nur wenn sie sich in grösserer Häufigkeit wiederholen, können sie Verdacht über den Zustand des Gehirns erregen und sind dann zuweilen die Vorläufer beliebiger acuter oder chronischer Erkrankungen des Organs.

2) Das Zittern zeigt sich bei zahlreichen Gehirnstörungen, in der auffallendsten Weise bei Alcoolvergiftung.

3) Vermehrtes Eintreten von sensitiv reflectirten Bewegungen kommt bei mässigen acuten oder bei habituellen Reizungen des Gehirns vor und gibt keine nähere Aufschlüsse über die Diagnose.

4) Grössere Energie und Kräftigkeit der willkürlichen Muskelbewegungen, Unermüdlichkeit und Ausdauer ist bei exaltirten Zuständen sehr häufig, aber nach Vorübergehen der paroxystischen Aufregung oft von einer um so grösseren Ermattung gefolgt. — Raschere Theilnahme der Bewegungen an Vorstellungen und Bestrebungen ist eine gewöhnliche Erscheinung bei irritativen Zuständen, besonders wenn bei mächtigen Vorstellungen und Begehrungen die Hemmung zurükgedrängt ist, oder wenn leztere bei Geistesschwachen zu unkräftig wird. Jene findet sich daher gerade oft in den Uebergangsformen zur psychischen Paralyse, bei Verrükten und selbst zuweilen im Blödsinn. Sie zeigt sich am meisten in dem mimischen Spiele der Antlizmuskel, ausserdem in Gesticulationen, in der unaufhaltsamen Geschwäzigkeit, aber auch in complicirteren Handlungen. — Hastigkeit der Bewegungen, kurze, rasche, abrupte Gesticulationen und Ortsbewegungen, Vorstossen der Worte und Säze ist gleichfalls ein Zeichen der Hirnreizung überhaupt und geht oft einer paroxystischen Exaltion voran oder begleitet sie. Die von Vorstellungen, unbewussten oder verheimlichten Begehrungen abhängigen Bewegungen: mimische, gesticulatorische Bewegungen, Worte und Modificationen der Sprache, entsprechende Locomotionen und Handlungen sind die wichtigsten Mittel, Aufschluss über verborgene psychische Vorgänge zu erhalten. Bei allen diesen Bewegungsveränderungen liegt das Krankhafte nicht oder nur in untergeordneter Weise in der motorischen Function. Das Verhalten des Muskels ist vielmehr adäquat dem psychischen Geschehen und in den Vorgängen des psychischen Gebiets ist die Anomalie zu suchen. Doch reihen sich leicht wirklich motorische Störungen an: vermehrte Reflexe, vermehrte Mitbewegungen, selbst vollständige Krämpfe.

5) Vermehrung der Mitbewegungen findet sich in zahlreichen Hirnkrankheiten sowohl irritativer Art, als bei Hirndruk und Paralyse, bald überhaupt und in den mannigfaltigsten Verbindungen, bald in speciellen Combinationen, und es sind vornehmlich die am Kopfe gelegenen Muskel (der Stirne, der Bulbi, des Mundes), welche diese Erscheinungen zeigen.

6) Automatische Bewegungen sind in reichster Menge bei allen schwereren Hirnkrankheiten zu bemerken: neben zahlreichen willkürlichen bei irritativen Formen, neben sparsamen willkürlichen in den Formen psychischer Versunkenheit und beginnender Paralyse,. mehr und mehr überwiegend und fast als einzige Bewegungsäusserungen bei schwerem Druke und in der vorgeschrittenen Paralyse. — Eine eigenthümliche Art automatischer Bewegungen sind die mit einer gewissen Regelmässigkeit nach einer Richtung hin geschehenden (Drehbewegungen, Vorwärtsbewegungen, Rükwärtsbewegungen). S. darüber specielle Betrachtung.

7) Eine Vermehrung des Tonus der Muskel findet sich häufig bei Gehirnkranken, ohne im Allgemeinen zur Diagnose wesentlich beizutragen. Sie ist besonders auffallend in den Gesichtsmuskeln bei irritirtem Gehirn, an den Halsmuskeln, wo sie in krampfhafte Starrheit übergeht, aber auch zuweilen an den Extremitätenmuskeln.

8) Die Verminderung des Tonus, die abnorme Schlaffheit im Zustand der Nichtactivität bildet den Anfang der Schwächezustände und wird zumal in den Gesichtszügen deutlich.

9) Die Erscheinungen der motorischen Schwäche und der Lähmungen, welche durch Gehirnaffectionen hervorgebracht werden, sind von ganz besonderer

Bedeutung für die Beurtheilung eines Falls und zwar ebensowohl für die Diagnose einer Hirnstörung überhaupt, als für die nähere Bestimmung ihres Sizes, als endlich für die Wahrscheinlichkeit ihres Ausgangs in Genesung, in unheilbare Zustände oder in den Tod. Sie zeigen im Allgemeinen einen Zustand von nervöser Erschöpfung und Paralyse oder Druk und Gewebsdegeneration an.

Die Erscheinungen der motorischen Schwäche und Lähmung können um so eher auf eine Gehirnerkrankung bezogen werden:

a) wenn sie an den von Hirnnerven versorgten Theilen sich zeigen.

b) Wenn sie nur eine Körperhälfte ganz oder theilweise betreffen (Hemiplegie).

c) Wenn die Lähmung eines Theils nicht vollständig ist: Paresen sind bei Gehirnkranken viel häufiger, als complete Paralysen.

d) Wenn bei Zunahme der Lähmung eine Ausbreitung von oben nach unten, vom zuerst ergriffenen Arm auf das Bein stattfindet und bei gleichzeitiger Lähmung oberer und unterer Extremität jene den höheren Grad von Lähmung zeigt.

e) Wenn sie mit Störungen der Intelligenz, mit Anomalieen der höheren Sinne, der Vorstellungen und Bestrebungen verbunden sind.

Bei entgegengeseztem Verhalten ist zwar die Abhängigkeit von einer Cerebralstörung nicht ausgeschlossen, aber doch unwahrscheinlicher.

Die Vertheilung der krankhaften Bewegungsphänomene über die verschiedenen Muskelpartieen, sowie die Art ihres Eintritts und Verlaufs gibt weitere wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose. Doch sind in dieser Beziehung die Lähmungserscheinungen von ungleich grösserer Bedeutung, als die übrigen Formen, deren Siz und zeitliches Verhalten nur ausnahmsweise Aufschlüsse für die nähere Bestimmung des Zustands zulässt.

1) Motorische Erscheinungen in dem mimischen Muskelapparate.

a) Eine allgemeine Erschlaffung der Gesichtszüge, Unbeweglichkeit derselben oder geringe Bewegung in ihnen findet sich bei manchen functionellen Störungen von dem Character der Depression, der psychischen Absorption und des Stupors, ferner aber bei Druk auf das Gehirn überhaupt (durch Tumoren, Exsudate, Extravasate) oder bei Infiltration des Gehirns (vorzüglich Oedem).

b) Eine Erschlaffung der Gesichtszüge und Paralyse der mimischen Muskel auf der einen Hälfte des Antlizes ist von der grössten Wichtigkeit für die Diagnose. Dieses Phänomen kann nach zwei Beziehungen die verschiedensten Grade zeigen: es können entweder nur einzelne Muskel und Muskelbündel des Gesichts in ihren Bewegungen gehemmt oder suspendirt sein, oder der abnorme Zustand ist über die ganze Hälfte des Gesichts ausgedehnt. Andererseits kann die Schwäche von den leichtesten Graden bis zur vollständigen Paralysirung gehen: sie kann so unbedeutend sein, dass sie in der Ruhe gar nicht und nur bei bestimmten Bewegungen des Gesichts, namentlich beim Lachen, bei dem Versuch zu pfeifen etc. bemerkt wird; oder sie kann schon in der Ruhe auffällig sein. Sie gibt sich im Allgemeinen zu erkennen durch eine grössere Gedunsenheit der kranken Hälfte; durch eine Ausgleichung der Runzeln; durch ein Herabhängen der Theile: tieferen Stand des Mundwinkels, des unteren Auglids, bald auch durch Herabhängen des oberen Auglids (abhängig vom Oculomotorius); oder auch durch Unfähigkeit, das Auge zu schliessen (abhängig vom Facialis); vornehmlich aber durch eine Verziehung des Gesichts, namentlich des Mundes nach der kranken Seite, welche, in der Ruhe oft nicht bemerklich, bei jeder Bewegung eintritt. Bei dem Versuch einer Bewegung der Gesichtsmuskel ist nur in seltenen Fällen eine gänzliche Suspension der Thätigkeit auf der kranken Seite zu bemerken; meist ist die Bewegung der lezteren nur unvollständiger, als die der gesunden. Ueberhaupt ist die totale Lähmung einer Antlizhälfte bei Krankheiten des Gehirns selten und die unvollkommene, sowohl in Beziehung auf die Ausdehnung, als auf die Intensität incomplete ist die Regel. — Die einseitige Schwäche oder Lähmung der Antlizmuskel deutet auf eine Erkrankung der einen Hemisphäre und zwar ausnahmslos der der entgegengesezten Seite: auf einen Druk (durch Extravasat, Exsudat, Tumoren) oder auf eine Zerstörung in diesem Theile. In Beziehung auf den näheren Siz der Affection gibt dagegen die Lähmung einer Seite keinen Aufschluss und nur die überwiegende Beeinträchtigung des Facialis oder des Oculomotorius (Ptosis eines Auglids) kann zuweilen einigen Anhaltspunkt in dieser Beziehung geben.

2) Die Pupille ist für die Beurtheilung von Gehirnkrankheiten in vielen Fällen von grosser Wichtigkeit. Eine ungewöhnliche Verengerung der Pupillen zeigt sich bei Reizung des Gehirns, sei es bei einfach nervöser Irritation, sei es im Anfang der Hyperämie und der Entzündung, doch nicht in constanter Weise. Eine auffallende Erweiterung beider Pupillen hängt von Druk, Zerstörung oder Lähmung des Gehirns

ab. Ist der Druk beträchtlich, so kann sein Siz beliebig sein. Mässiger Druk, sowie Zerstörung oder paralytische Zustände im Gehirn rufen die beiderseitige Pupillenerweiterung vorzüglich dann hervor, wenn der Siz der Störung in den Seitenventrikelwandungen, in den Seitenventrikeln selbst, im Corpus callosum, in den Corpora quadrigemina oder ihrer Nähe, in dem Pons und dessen Nähe ist. Das Zeichen ist um so unheilvoller und wichtiger, je rascher es eintritt, je mehr es mit sonstigen Gehirnsymptomen verbunden ist und wenn es einer abnormen Verengerung der Pupillen nachfolgt. — Die einseitige Erweiterung der Pupille ist ein Phänomen, was man sehr häufig bei Hirnkranken wahrnimmt und zwar zuweilen lange zuvor, ehe die Störung irgend sonstige Symptome gibt. Besonders findet man die einseitige Pupillenerweiterung bei Tumoren, zuweilen bei Hydrocephalus, bei der Hirnerweichung, ferner als wichtiges diagnostisches und prognostisches Zeichen bei der sogenannten allgemeinen Paralyse der Geisteskranken und zwar von ihrem ersten undeutlichen Beginne an. Auch bei andern Gehirnkrankheiten (bei Apoplexie und dergl.) kommt das Phänomen vor. Doch ist nicht zu übersehen, dass manche Individuen eine habituelle Ungleichheit der Pupillen zeigen, oder auch wenige Tage vor dem Tode eine solche sich einstellt, ohne dass in der Leiche eine Hirnstörung nachgewiesen werden könnte, und dass ebenso im Verlaufe verschiedener anderer Krankheiten, wenn auch nicht so häufig, dieses Phänomen zum Vorschein kommt und später sich wieder ausgleicht, ohne dass die Erscheinungen irgend eine erhebliche Störung des Gehirns erkennen liessen; auch stellt sich nicht selten eine abwechselnde Dilatation bald der einen bald der andern Pupille in Gehirnkrankheiten ein, ohne dass sich ein Grund dafür auffinden liesse. — Die Unbeweglichkeit der Iris findet sich gemeiniglich bei grosser Verengerung, wie bei Erweiterung der Pupille. Wo sie bei mittlerer Weite derselben vorkommt, ist sie ein Verdacht erregendes Zeichen, ohne weitere Aufschlüsse zu geben.

3) Die Bewegungen der Augenmuskel zeigen bei Hirnkranken oft gewisse Eigenthümlichkeiten, ohne dass dadurch für die speciellere Diagnose viel gewonnen wird. Dagegen macht vornehmlich eine rasch sich einstellende Anomalie in den Bewegungen der Augenmuskel (Schielen, Verdrehen der Augen nach oben, Starrheit der Augen, beständiges Hin- und Herrollen derselben) bei Abwesenheit örtlicher Ursachen die Gegenwart einer Hirnkrankheit überhaupt wahrscheinlich und besonders das Eintreten von Schielen im Verlaufe einer andern Krankheit ist in dieser Hinsicht ein wichtiges diagnostisches Zeichen. — Bei manchen Hirnkranken bemerkt man die Eigenthümlichkeit, dass die oberen Recti bei jeder Bewegung des Mundes, der Zunge eine Mitbewegung machen und daher jedesmal die Bulbi nach oben sich richten.

4) Die Bewegungen der Zunge sind bei den verschiedensten Affectionen des Gehirns, namentlich bei anatomischen Veränderungen gestört und es dient diese Störung als wichtiges Zeichen für die Diagnose der örtlichen Erkrankung überhaupt, dagegen nicht für die nähere Bestimmung derselben.

Eine gleichmässige Schwäche der Zunge, wobei der Kranke nicht oder nur schwierig sie vorzuschieben vermag, auch zuweilen nachdem sie vorgeschoben ist, sie lange nicht zurückziehen kann, oder gar eine vollkommene Paralyse der Zunge findet sich bei grosser nervöser Erschöpfung oder bei allseitigem Druk auf das Gehirn.

Bei der einseitigen Schwäche oder Lähmung der Zunge nimmt dieselbe eine schiefe Stellung an und zwar in der Weise, dass sie beim Vorstreken sich gegen die Seite der Lähmung hinneigt. Zuweilen kann der Kranke nach beiden Seiten, nach der gelähmten wie nach der nicht gelähmten Seite die Zunge beliebig bewegen, aber sobald er beabsichtigt, sie gerade zu halten, neigt sie etwas nach der gelähmten Seite: es ist diess der geringste Grad von Beeinträchtigung der Zungenmusculatur einer Seite. Die Ablenkung der Zunge nach der gelähmten Seite hat den Grund, dass beim geradlinigen Vorschieben beide Genioglossi thätig sind, dass aber, wenn der eine unthätig ist oder weniger kräftig wirkt, von dem stärkeren oder allein functionirenden die Masse der Zunge nach der Seite des unthätigen oder schwächeren gedrängt wird. In manchen Fällen bemerkt man jedoch, dass, während beim forcirtesten Vorstreken die Zunge ihrer Gesammtheit nach die Richtung nach der gelähmten Seite hin zeigt, ihre vorderste Spize auf eine Länge von wenigen Linien eine entgegengesezte Abweichung nimmt: was darauf hinzudeuten scheint, dass in dem Muskelgeflechte der Zunge in der vordersten Spize Fasern liegen, deren einseitige Thätigkeit in einer Hälfte eine leichte Krümmung der Spize nach der thätigen Seite hin bewirkt. — Die einseitige Lähmung der Zunge deutet mit einer grossen Wahrscheinlichkeit auf eine locale Hirnstörung der entgegengesezten Hemisphäre, ist zuweilen im Anfange deren einziges Symptom. Wo sie mit Hemiplegie der Glieder oder des Antlizes verbunden ist, ist die Spize der Zunge stets nach

derjenigen Seite gerichtet, wo die Paralyse der Extremitäten und des Antlizes sich befindet.

In Folge der Schwäche oder Lähmung der Zunge können die articulatorischen Bewegungen, kann die Sprache in verschiedenen Graden gestört sein, selbst ganz unmöglich werden. Lähmungen der Zunge, bei welchen die Sprache aufgehoben oder nur noch ein undeutliches Lallen möglich ist, finden sich am häufigsten bei Affectionen des Pons, des vorderen und mittleren Grosshirnlappens, des Corpus striatum, etwas seltener bei Affectionen des Thalamus und nur vorübergehend bei Affectionen der hinteren Lappen. — Das Stottern kann von vielen andern Verhältnissen abhängen, aber auch von Krampf oder von Lähmung der Zunge. Als Zeichen einer beginnenden Abschwächung in der Zungenmusculatur und zugleich als eine höchst wichtige prognostische Erscheinung ist das ganz allmälige Eintreten des Stotterns bei zuvor schon Hirnkranken, namentlich Geisteskranken anzusehen und geht als ziemlich sicherer Vorläufer der sogenannten allgemeinen Paralyse voran.

5) Die Uvula zeigt neben hemiplegischen Lähmungen anderer Theile häufig eine schiefe Stellung und zwar gegen die gelähmte Seite hin, zuweilen aber auch gegen die nicht gelähmte: Widersprüche, welche zum Theil darin ihre Erklärung finden dürften, dass die Uvula bei vielen gehirngesunden Menschen eine schiefe Stellung hat, zum Theil darin, dass die Bewegungen des Gaumensegels einerseits unter dem Einfluss des Facialis (N. petrosus superficialis major), andererseits des motorischen Theils des Trigeminus, vielleicht auch noch anderer Nerven stehen. — Eine allgemeine Erschlaffung des weichen Gaumens mit Herabhängen desselben und schnarchender Respiration findet sich in sehr vielen leichten, schweren und schwersten Störungen des Gehirns.

6) Die Bewegungsphänomene in den locomotorischen Apparaten sind von dem höchsten Interesse für Deutung des Falls, besonders solche, welche in einer Abnahme der Muskelkraft und in Paralyse bestehen, während durch das Verhalten und die Art der convulsivischen und andern Formen ungleich weniger über den Siz und die Beschaffenheit der Hirnerkrankung aufgeklärt wird.

a) Halbseitig verbreitete Krampfzufälle deuten zwar nicht mit absoluter Sicherheit, aber mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Erkrankung des Gehirns auf der Seite an, auf welcher der Krampf selbst sich zeigt.

b) Krämpfe und Starrheit einzelner Muskel und Muskelpartieen können kaum mit einiger Sicherheit auf Erkrankung eines bestimmten Theils des Gehirns bezogen werden. Nur an den vom Facialis versorgten (Antliz-) Muskeln und an den vom Accessorius versehenen (Hals-) Muskeln zeigt ein wiederholtes Eintreten von Krämpfen oder anhaltende Starrheit eine Erkrankung derjenigen Stellen des Gehirns oder seiner Deken an, welche dem Ursprung und intracephalen Verlauf jener Nerven benachbart sind.

c) Leichtes Ermüden und Unkräftigkeit der locomotorischen Bewegungen, Unsicherheit namentlich leichter und feiner Bewegungen, schwankender Gang, schwankende Stellung (vornehmlich bei geschlossenen Augen) sind häufig Anzeigen einer sich ausbildenden Gehirnkrankheit und sind daher oft werthvolle Zeichen in frühen Perioden, ohne aber einen specielleren Schluss zuzulassen.

d) Dieselben Erscheinungen auf einer Körperhälfte geben noch grössere Wahrscheinlichkeit für das Bestehen eines Hirnleidens und zwar vorzugsweise in der den Erscheinungen entgegengesezten Hemisphäre, ohne dass jedoch aus diesen Symptomen allein eine irgend bestimmtere Diagnose zulässig wäre.

e) Beträchtlichere Schwäche bis zu mehr oder weniger vollkommener Lähmung, welche jedoch bei Hirnkranken selten den äussersten Grad der Bewegungsunfähigkeit erreicht, kann sich herstellen: durch Erschütterung, durch einfache nervöse Erschöpfung, durch Intoxicationen des Gehirns, durch Anämie, durch intensive Hyperämie, in Folge von Druk (durch Blutextravasate, Exsudate, Tumoren, Parasiten), in Folge von Zertrümmerung (durch Blutextravasation, durch entzündliche oder andere Erweichung), in Folge von ursprünglichem Fehlen von Hirntheilen oder späterem Untergehen durch Atrophie oder callöse Verschrumpfung. Sie hängt jedoch am constantesten von Störungen der den Seitenventrikeln benachbarten Theile oder des Pons, seltener von Affectionen des Kleinhirns und nur dann von Erkrankungen der peripherischen Schichten des Gehirns ab, wenn diese einem beträchtlichen Druk ausgesezt sind, oder aber Gewebszerstörungen sich den tieferen Schichten nähern.

f) Paralysen, welche über das gesammte locomotorische System, wenn auch in verschiedenem Grade verbreitet sind, finden sich bei gleichzeitigen Erkrankungen beider Grosshirnhemisphären, besonders der mittleren Lappen, bei Affectionen des Pons, zuweilen auch bei Affectionen des Kleinhirns. Sind bei allgemeinen Paralysen diese Hirntheile ergriffen, so sind stets gleichzeitig paralytische Erscheinungen

ab. Ist der Druk beträchtlich, so kann sein Siz beliebig sein. Mässiger Druk, sowie Zerstörung oder paralytische Zustände im Gehirn rufen die beiderseitige Pupillenerweiterung vorzüglich dann hervor, wenn der Siz der Störung in den Seitenventrikelwandungen, in den Seitenventrikeln selbst, im Corpus callosum, in den Corpora quadrigemina oder ihrer Nähe, in dem Pons und dessen Nähe ist. Das Zeichen ist um so unheilvoller und wichtiger, je rascher es eintritt, je mehr es mit sonstigen Gehirnsymptomen verbunden ist und wenn es einer abnormen Verengerung der Pupillen nachfolgt. — Die einseitige Erweiterung der Pupille ist ein Phänomen, was man sehr häufig bei Hirnkranken wahrnimmt und zwar zuweilen lange zuvor, ehe die Störung irgend sonstige Symptome gibt. Besonders findet man die einseitige Pupillenerweiterung bei Tumoren, zuweilen bei Hydrocephalus, bei der Hirnerweichung, ferner als wichtiges diagnostisches und prognostisches Zeichen bei der sogenannten allgemeinen Paralyse der Geisteskranken und zwar von ihrem ersten undeutlichen Beginne an. Auch bei andern Gehirnkrankheiten (bei Apoplexie und dergl.) kommt das Phänomen vor. Doch ist nicht zu übersehen, dass manche Individuen eine habituelle Ungleichheit der Pupillen zeigen, oder auch wenige Tage vor dem Tode eine solche sich einstellt, ohne dass in der Leiche eine Hirnstörung nachgewiesen werden könnte, und dass ebenso im Verlaufe verschiedener anderer Krankheiten, wenn auch nicht so häufig, dieses Phänomen zum Vorschein kommt und später sich wieder ausgleicht, ohne dass die Erscheinungen irgend eine erhebliche Störung des Gehirns erkennen liessen; auch stellt sich nicht selten eine abwechselnde Dilatation bald der einen bald der andern Pupille in Gehirnkrankheiten ein, ohne dass sich ein Grund dafür auffinden liesse. — Die Unbeweglichkeit der Iris findet sich gemeiniglich bei grosser Verengerung, wie bei Erweiterung der Pupille. Wo sie bei mittlerer Weite derselben vorkommt, ist sie ein Verdacht erregendes Zeichen, ohne weitere Aufschlüsse zu geben.

3) Die Bewegungen der Augenmuskel zeigen bei Hirnkranken oft gewisse Eigenthümlichkeiten, ohne dass dadurch für die speciellere Diagnose viel gewonnen wird. Dagegen macht vornehmlich eine rasch sich einstellende Anomalie in den Bewegungen der Augenmuskel (Schielen, Verdrehen der Augen nach oben, Starrheit der Augen, beständiges Hin- und Herrollen derselben) bei Abwesenheit örtlicher Ursachen die Gegenwart einer Hirnkrankheit überhaupt wahrscheinlich und besonders das Eintreten von Schielen im Verlaufe einer andern Krankheit ist in dieser Hinsicht ein wichtiges diagnostisches Zeichen. — Bei manchen Hirnkranken bemerkt man die Eigenthümlichkeit, dass die oberen Recti bei jeder Bewegung des Mundes, der Zunge eine Mitbewegung machen und daher jedesmal die Bulbi nach oben sich richten.

4) Die Bewegungen der Zunge sind bei den verschiedensten Affectionen des Gehirns, namentlich bei anatomischen Veränderungen gestört und es dient diese Störung als wichtiges Zeichen für die Diagnose der örtlichen Erkrankung überhaupt, dagegen nicht für die nähere Bestimmung derselben.

Eine gleichmässige Schwäche der Zunge, wobei der Kranke nicht oder nur schwierig sie vorzuschieben vermag, auch zuweilen nachdem sie vorgeschoben ist, sie lange nicht zurückziehen kann, oder gar eine vollkommene Paralyse der Zunge findet sich bei grosser nervöser Erschöpfung oder bei allseitigem Druk auf das Gehirn.

Bei der einseitigen Schwäche oder Lähmung der Zunge nimmt dieselbe eine schiefe Stellung an und zwar in der Weise, dass sie beim Vorstreken sich gegen die Seite der Lähmung hinneigt. Zuweilen kann der Kranke nach beiden Seiten, nach der gelähmten wie nach der nicht gelähmten Seite die Zunge beliebig bewegen, aber sobald er beabsichtigt, sie gerade zu halten, neigt sie etwas nach der gelähmten Seite: es ist diess der geringste Grad von Beeinträchtigung der Zungenmusculatur einer Seite. Die Ablenkung der Zunge nach der gelähmten Seite hat den Grund, dass beim geradlinigen Vorschieben beide Genioglossi thätig sind, dass aber, wenn der eine unthätig ist oder weniger kräftig wirkt, von dem stärkeren oder allein functionirenden die Masse der Zunge nach der Seite des unthätigen oder schwächeren gedrängt wird. In manchen Fällen bemerkt man jedoch, dass, während beim forcirtesten Vorstreken die Zunge ihrer Gesammtheit nach die Richtung nach der gelähmten Seite hin zeigt, ihre vorderste Spize auf eine Länge von wenigen Linien eine entgegengesezte Abweichung nimmt: was darauf hinzudeuten scheint, dass in dem Muskelgeflechte der Zunge in der vordersten Spize Fasern liegen, deren einseitige Thätigkeit in einer Hälfte eine leichte Krümmung der Spize nach der thätigen Seite hin bewirkt. — Die einseitige Lähmung der Zunge deutet mit einer grossen Wahrscheinlichkeit auf eine locale Hirnstörung der entgegengesezten Hemisphäre, ist zuweilen im Anfange deren einziges Symptom. Wo sie mit Hemiplegie der Glieder oder des Antlizes verbunden ist, ist die Spize der Zunge stets nach

derjenigen Seite gerichtet, wo die Paralyse der Extremitäten und des Antlizes sich befindet.

In Folge der Schwäche oder Lähmung der Zunge können die articulatorischen Bewegungen, kann die Sprache in verschiedenen Graden gestört sein, selbst ganz unmöglich werden. Lähmungen der Zunge, bei welchen die Sprache aufgehoben oder nur noch ein undeutliches Lallen möglich ist, finden sich am häufigsten bei Affectionen des Pons, des vorderen und mittleren Grosshirnlappens, des Corpus striatum, etwas seltener bei Affectionen des Thalamus und nur vorübergehend bei Affectionen der hinteren Lappen. — Das Stottern kann von vielen andern Verhältnissen abhängen, aber auch von Krampf oder von Lähmung der Zunge. Als Zeichen einer beginnenden Abschwächung in der Zungenmusculatur und zugleich als eine höchst wichtige prognostische Erscheinung ist das ganz allmälige Eintreten des Stotterns bei zuvor schon Hirnkranken, namentlich Geisteskranken anzusehen und geht als ziemlich sicherer Vorläufer der sogenannten allgemeinen Paralyse voran.

5) Die **Uvula** zeigt neben hemiplegischen Lähmungen anderer Theile häufig eine schiefe Stellung und zwar gegen die gelähmte Seite hin, zuweilen aber auch gegen die nicht gelähmte: Widersprüche, welche zum Theil darin ihre Erklärung finden dürften, dass die Uvula bei vielen gehirngesunden Menschen eine schiefe Stellung hat, zum Theil darin, dass die Bewegungen des Gaumensegels einerseits unter dem Einfluss des Facialis (N. petrosus superficialis major), andererseits des motorischen Theils des Trigeminus, vielleicht auch noch anderer Nerven stehen. — Eine allgemeine Erschlaffung des weichen Gaumens mit Herabhängen desselben und schnarchender Respiration findet sich in sehr vielen leichten, schweren und schwersten Störungen des Gehirns.

6) Die Bewegungsphänomene in den **locomotorischen Apparaten** sind von dem höchsten Interesse für Deutung des Falls, besonders solche, welche in einer Abnahme der Muskelkraft und in Paralyse bestehen, während durch das Verhalten und die Art der convulsivischen und andern Formen ungleich weniger über den Siz und die Beschaffenheit der Hirnerkrankung aufgeklärt wird.

a) Halbseitig verbreitete Krampfzufälle deuten zwar nicht mit absoluter Sicherheit, aber mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Erkrankung des Gehirns auf der Seite an, auf welcher der Krampf selbst sich zeigt.

b) Krämpfe und Starrheit einzelner Muskel und Muskelpartieen können kaum mit einiger Sicherheit auf Erkrankung eines bestimmten Theils des Gehirns bezogen werden. Nur an den vom Facialis versorgten (Antliz-) Muskeln und an den vom Accessorius versehenen (Hals-) Muskeln zeigt ein wiederholtes Eintreten von Krämpfen oder anhaltende Starrheit eine Erkrankung derjenigen Stellen des Gehirns oder seiner Deken an, welche dem Ursprung und intracephalen Verlauf jener Nerven benachbart sind.

c) Leichtes Ermüden und Unkräftigkeit der locomotorischen Bewegungen, Unsicherheit namentlich leichter und feiner Bewegungen, schwankender Gang, schwankende Stellung (vornehmlich bei geschlossenen Augen) sind häufig Anzeigen einer sich ausbildenden Gehirnkrankheit und sind daher oft werthvolle Zeichen in frühen Perioden, ohne aber einen specielleren Schluss zuzulassen.

d) Dieselben Erscheinungen auf einer Körperhälfte geben noch grössere Wahrscheinlichkeit für das Bestehen eines Hirnleidens und zwar vorzugsweise in der den Erscheinungen entgegengesezten Hemisphäre, ohne dass jedoch aus diesen Symptomen allein eine irgend bestimmtere Diagnose zulässig wäre.

e) Beträchtlichere Schwäche bis zu mehr oder weniger vollkommener Lähmung, welche jedoch bei Hirnkranken selten den äussersten Grad der Bewegungsunfähigkeit erreicht, kann sich herstellen: durch Erschütterung, durch einfache nervöse Erschöpfung, durch Intoxicationen des Gehirns, durch Anämie, durch intensive Hyperämie, in Folge von Druk (durch Blutextravasate, Exsudate, Tumoren, Parasiten), in Folge von Zertrümmerung (durch Blutextravasation, durch entzündliche oder andere Erweichung), in Folge von ursprünglichem Fehlen von Hirntheilen oder späterem Untergehen durch Atrophie oder callöse Verschrumpfung. Sie hängt jedoch am constantesten von Störungen der den Seitenventrikeln benachbarten Theile oder des Pons, seltener von Affectionen des Kleinhirns und nur dann von Erkrankungen der peripherischen Schichten des Gehirns ab, wenn diese einem beträchtlichen Druk ausgesezt sind, oder aber Gewebszerstörungen sich den tieferen Schichten nähern.

f) Paralysen, welche über das gesammte locomotorische System, wenn auch in verschiedenem Grade verbreitet sind, finden sich bei gleichzeitigen Erkrankungen beider Grosshirnhemisphären, besonders der mittleren Lappen, bei Affectio[illegible] Pons, zuweilen auch bei Affectionen des Kleinhirns. Sind bei allgeme[illegible] lysen diese Hirntheile ergriffen, so sind stets gleichzeitig paralytische Er[illegible]

von Seiten der höheren Sinne, des Antlizes, der Zunge und Schwächezustände im psychischen Verhalten zu bemerken; fehlen solche, so ist eine Erkrankung des Gehirns bei allgemeiner Paralyse der locomotorischen Apparate unwahrscheinlich, vielmehr eine Affection des oberen Marks zu erwarten.

g) Die Paralyse stellt sich in vielen Fällen in progressiver Weise dar. Sie ist dann als eine cerebrale anzunehmen, wenn gleichzeitig die Zunge Schwächezustände zeigt, eine Pupille dilatirt, das Antliz erschlafft ist, vornehmlich aber, wenn gleichzeitig sich Zeichen psychischer Abschwächung einstellen.

h) Einseitige Paralysen, Hemiplegieen, bei welchen ein Arm allein, seltener ein Bein allein oder beide Glieder der einen Seite, jedoch meist der Arm mehr als das Bein gelähmt sind, deuten mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einseitige Erkrankung mit Druk oder Gewebszertrümmerung einer Hirnhemisphäre und zwar mit eminent seltenen Ausnahmen auf eine solche der der paralysirten Seite entgegengesezten Hälfte. Sie fehlen am seltensten bei Affectionen der bezeichneten Art in den mittleren Lappen des Grosshirns, bei Affectionen der Corpora striata, des Thalamus und einseitigen Affectionen des Pons. Weniger constant sind sie bei Erkrankungen der vorderen und hinteren Lappen des Grosshirns, bei Affectionen des Kleinhirns und am seltensten bei denen der Hirnrinde. Ein constanter Einfluss des einen oder andern Hirntheils auf die untere oder obere Extremität ist nicht zu bemerken, vielmehr bei jeglichem Siz der Arm gewöhnlich überwiegend und dauernder ergriffen, als das Bein. Der Einfluss einer Cerebralkrankheit auf die eine Seite der Rumpfmusculatur ist stets nur untergeordnet.

i) Gekreuzte Lähmung (auf der einen Gesichtshälfte und den Rumpfgliedern der andern oder auf der obern Extremität der einen und der untern der andern Körperhälfte) findet sich entweder bei doppelten Erkrankungen, d. h. solchen, welche in beiden Hemisphären des Gehirns in ähnlicher oder verschiedener Weise bestehen, oder aber bei drükenden Massen in der Hirnbasis nahe der Mittellinie, durch welche einerseits ein Druk auf die Hirnmasse (mit lähmender Wirkung auf die entgegengesezte Körperhälfte), andererseits ein Druk auf die Nerven in ihrem intracephalen Verlauf (mit directer lähmender Wirkung) ausgeübt wird.

k) Lähmungen gleichnamiger Glieder, der Arme allein, der Beine allein, Paraplegieen sind bei Gehirnkrankheiten selten und es ist bei ihrem Vorhandensein nur aus sonstigen dringenden Gründen die Diagnose auf Cerebralaffection zu stellen. Doch finden sie sich in den Armen zuweilen bei Affectionen beider Grosshirnhemisphären oder des Pons, in den Beinen allein zuweilen bei Erkrankungen des Kleinhirns.

l) Eine Beschränkung der Schwäche oder Lähmung auf einzelne locomotorische Muskel, oder auf die Extensoren allein, oder auf die Flexoren allein, sei es über den ganzen Körper, sei es an einem einzelnen Gliede, lässt keinen näheren Schluss auf die Art und den Siz der Hirnstörung zu. Im Allgemeinen jedoch finden sich die Extensoren eher und überwiegender gelähmt, als die Flexoren.

m) Das Verhalten des Eintritts und des Fortbestehens oder des Verlaufs der Lähmungen gibt vornehmlich Aufschluss über die Art der Gehirnerkrankung: die plözlich eintretende Lähmung kann abhängen: von Erschütterung, nervöser Erschöpfung, Intoxication, plözlicher Hyperämie, Anämie, Blutextravasat, plözlicher Veränderung von Tumoren und von abgesakt gewesenen Abscessen; — die plözlich eingetretene, aber rasch wieder sich verlierende Lähmung kann angehören: der Erschütterung, der nervösen Erschöpfung, der Intoxication, der Anämie, der Hyperämie, sehr kleinen Extravasaten, einer vorübergehenden Anschwellung vascularisirter Tumoren; — die plözlich eingetretene, rasch mit dem Tode endende Lähmung kann abhängen: von Erschütterung, nervöser Erschöpfung, Intoxication, Anämie, Hyperämie, sehr grossem Blutextravasat, plözlicher Veränderung von Tumoren und abgesakten Abscessen; — die plözlich eingetretene, aber allmälig und vollständig sich bessernde Lähmung kann zustandekommen: selten durch Erschütterung, zuweilen durch nervöse Erschöpfung, Intoxication, Anämie und Hyperämie, gewöhnlich durch kleine Extravasate; — die plözlich eingetretene, allmälig, aber unvollständig sich bessernde Lähmung kann hervorgebracht sein: selten durch Erschütterung, nervöse Erschöpfung, Anämie und Hyperämie, zuweilen durch Intoxication und Tumoren, gewöhnlich durch ansehnliche Blutextravasate; — die rasch entstehende und stetig zunehmende Lähmung hängt ab: von nervöser Erschöpfung, von steigender Anämie und Hyperämie, von wiederholten und nicht gestillten Blutextravasationen, von Exsudationen, von Erweichung, von rasch wachsenden Tumoren: — die rasch entstandene und stossweise zunehmende Lähmung hängt ab: von wiederholten Blutextravasationen, von Erweichungen, von rasch wachsenden Tumoren; — die rasch entstehende und langsam zunehmende Lähmung deutet darauf hin, dass ein secund-

ärer Process (Erweichung, Atrophie) in der Umgebung der zuerst ausgebildeten Störung sich eingestellt hat; — die langsam entstehende und langsam zunehmende Lähmung gehört der nicht entzündlichen Erweichung, den Tumoren, der Atrophie und der callösen Verschrumpfung an; — die oscillirend zunehmende Lähmung, d. h. der in Schwankungen von besseren und schlimmeren Zuständen, aber im Ganzen doch zu allmälig ausgebreiteter und vollständiger Lähmung führende Verlauf findet sich vornehmlich bei Geschwülsten, zumal bei vascularisirten; — die langsame Besserung der Lähmung zeigt Resorption der Ablagerung, Zusammenschrumpfen derselben, oder auch zuweilen nur Ermässigung der reactiven Processe an; — die stationär bleibende Lähmung kann eine rein nervöse Störung sein ohne anatomische Veränderungen; häufiger zeigt sie das Fehlen eines Hirntheils, stillstehende Atrophie, zuweilen Tumoren oder chronischen Hydrocephalus, vorzüglich aber callöse Narben an, und wo sie angeboren ist, hängt sie meist vom Fehlen eines Hirntheils ab; — plözliche Verschlimmerung nach vorher stationär bestehenden oder in der Heilung begriffenen Lähmungen zeigt meist ein Blutextravasat oder eine intensive Hyperämie, doch zuweilen auch Tumoren oder Erweichung an; — eine rasche Zunahme und Ausbreitung unter gleichen Voraussezungen lässt entzündliche oder andere Erweichung um den alten Krankheitsherd, oder seröse und andere Ergüsse in die Ventrikel des Gehirns oder auf seine Oberfläche vermuthen; — das Fortschreiten der Paralyse über weitere Theile ist ein Anzeichen einer topischen Ausbreitung der Hirnerkrankung; — das Fortschreiten der Paralyse in Beziehung auf Intensität zeigt eine Zunahme der Desorganisation oder des Druks auf das Gehirn an; — die Paralyse mit Steifheit der Theile ist gewöhnlich im Fortschreiten begriffen, entweder zur Besserung oder zur Verschlimmerung; — die Paralyse mit Schlaffheit der Theile ist gewöhnlich Residuum; — das gleichzeitige Bestehen von Zittern oder wirklichen Convulsionen in den gelähmten Theilen ändert nichts in der Diagnose; — das gleichzeitge Vorhandensein von Schmerzen in den gelähmten Theilen lässt den Fortbestand irritativer Zustände erwarten.

7) Die Anomalieen in andern Muskelpartieen, vornehmlich die Lähmungen in den Deglutitionsmuskeln, am Rectum, an der Blase, sowie an den bei der Genitalfunction wirksamen Muskeln werden zwekmässiger bei den übrigen Symptomen aus diesen Organen betrachtet.

2) Die Latenz- und Activitätsverhältnisse der cerebralen Functionirungen.

Bei plözlich und acut eintretenden Gehirnstörungen können auf einmal oder in kürzester Zeit im verschiedensten Umfang die sonst verfügbaren Functionsäusserungen in Latenz versinken und ebenso verliert sich bei progressiven Cerebralerkrankungen allmälig der Inhalt von Vorstellungen und Bestrebungen aus dem Bewusstsein. Im ersteren wie im zweiten Falle kann diess abhängen entweder von übermächtig werdenden und die ganze psychische Thätigkeit absorbirenden Vorstellungen und Bestrebungsrichtungen, oder von einem Druk, einer Zerstörung, einer vorübergehenden oder dauernden Paralyse von Gehirntheilen in mehr oder weniger bedeutender Ausdehnung.

Das plözliche und transitorische Latentwerden des ganzen psychischen Inhalts oder seines grössten Theils, wie man es in der Verlegenheit, Befangenheit oder in der Geistesversenkung bemerkt, liefert Analogieen mit zahlreichen pathologischen Zuständen und kann sich in der unmittelbarsten Weise an das Pathologische anschliessen. Die Befangenheit und Versunkenheit selbst tritt bei Hirnkranken häufiger und in weit absorbirenderer Weise ein, als bei Gesunden. — In vielen heftigen Affectionen des Gehirns schwindet zuweilen fast der ganze psychische Inhalt aus dem Bewusstsein und nur einzelne beschränkte Vorstellungsmassen oder Bestrebungsrichtungen sind noch in Activität; ja es kann sogar, wie bei den thanatoiden Zuständen, das ganze animale Leben latent werden. Oft bemerkt man aber auch ein Latentwerden, das sich nur auf einzelne Vorstellungsreihen beschränkt, die plözlich oder allmälig aus dem Bewusstsein verschwinden; sogar einzelne Worte und Buchstaben gehen nicht selten verloren, ohne dass die Sprachorgane selbst zu ihrer Bildung unfähig wären (so z. B. bei Apoplectischen, Tumoren etc.). — Bei allen chronischen Krankheiten des Gehirns irgend erheblicher Art bemerkt man ein allmäliges Schwinden

des psychischen Inhalts, der aber nicht nothwendig für immer verloren ist, sondern aus seiner Latenz später wieder hervorzutreten vermag. Dabei zeigen sich oft bizarre Ausnahmen für einzelne Vorstellungen oder Bestrebungen, die aus allem Zusammenhang gerissen noch disponibel und in Thätigkeit sind, und zwar sind das sehr häufig gerade solche, welche für das Individuum einen mehr oder weniger gleichgiltigen Character haben.

Nicht nur bei den Besserungen cerebraler Krankheiten, sondern auch während ihres Verlaufs bemerkt man häufig ein Wiederinactivitättreten latent gewordener oder selbst längst verlorengegangener Functionsäusserungen und zwar diess bald in allmäliger und Schritt für Schritt wachsender Weise, bald ein plözliches, wie mit einem Schlage erfolgendes Wiederholtwerden dunkelgewordener und vergessener Vorstellungsmassen und Bestrebungen. Es kann diess abhängen von der Beseitigung derjenigen Ursachen und Zustände, durch welche die Vorstellungen und Bestrebungen in Latenz versunken waren, oder durch irritative Erregungen des Organs, oder auch fast zufällig durch die Anknüpfung an andere in das Bewusstsein und in Activität tretende psychische Functionirungen.

Die wiederkehrende Activität latent gewordener Vorstellungen und Bestrebungen kann zwar als ein häufiges Zeichen der Besserung angesehen werden, und es zeigt sich die Aufklärung bald in der Art einer allmäligen Wiedergewinnung des verloren gegangenen Besizes, bald aber erfolgt sie auch in sehr schneller Weise, in wenigen Tagen, selbst fast momentan, in welchen Fällen der Kranke die Empfindung hat, als ob er aus einem Dunkel, in das er versunken, erwache. Aber es kommt eine unerwartete Wiederkehr aller längst vergessener Vorstellungen und Bestrebungen sehr oft auch gerade durch die Krankheit selbst, vornehmlich wenn sie den irritativen Character hat, und ausserdem nicht selten durch ein launenhaftes Spiel der Ideenassociationen zustande. Auch hat man nicht selten bei Individuen, die sich in kürzerer oder längerer stupider Versunkenheit befanden, in der lezten Zeit vor dem Tode ein fast plözliches und rasches Aufklären des Bewusstseins, der Vorstellungen und Erinnerungen wahrgenommen.

3) Die Abweichungen in der Coexistenz, Succession und in der Wechselwirkung der Hirnphänomene.

Gehirnkranke bieten in Bezug auf das gleichzeitige Vorkommen, die Aneinanderreihung und die gegenseitige Beziehung der Hirnerscheinungen theils zahlreichere kleinere, theils auch die allergrössten Abweichungen von dem dar, was im gesunden Leben zu geschehen pflegt, obwohl auch in dieser Beziehung ganz ähnliche Verhältnisse, aber viel vereinzelter, bei nicht kranken Individuen vorkommen, wie sie im umfassendsten und reichlichsten Maasse bei Hirnkranken sich darstellen.

Die Abweichungen können sich beziehen:

a) auf die Isolation und Multiplicität der Hirnphänomene, in welcher Hinsicht ebensowohl eine zu grosse und zu dauernde Beschränkung auf einförmige cerebrale Thätigkeiten, wie eine excessive Vielfältigkeit derselben Krankheitssymptom werden kann und überdem das erstere Verhältniss schliesslich in blödsinnige Versunkenheit oder Verarmung, das zweite bald in Exaltation, bald in blödsinnige Verflachung endet.

Die Armuth an Vorstellungen und Bestrebungen hängt theils ab von einer Beschränkung der cerebralen Thätigkeiten überhaupt, wie sie bei beträchtlichen Gewebsveränderungen, bei Druk auf das Gehirn oder bei Paralyse eintritt, oder sie hat ihren Grund darin, dass der Kranke in einzelnen ihn occupirenden Vorstellungskreisen oder Begehrungsrichtungen sich vertieft, an ihnen festklebt und je länger er von ihnen festgehalten wird, um so mehr die Fähigkeit verliert, andere Gedanken anzuknüpfen. Wie man ein solches Verhalten bei sehr geistigthätigen, gesunden

Individuen, die sich in einseitigen Richtungen vertieft haben, wahrzunehmen pflegt, so bemerkt man diese Isolation auch bei der so intensiven Hirnthätigkeit der Melancholiker, bei Hypochondern, in manchen Formen des Wahnsinns und in der Verrüktheit.

Die Vielfältigkeit der cerebralen Thätigkeiten hängt bald von der Lebendigkeit der Succession, von der Masse verfügbaren psychischen Materials, von der Empfindlichkeit für alle Wahrnehmungen und Eindrüke ab, bald aber von der Unfähigkeit, einen Gegenstand zu fixiren und auf ihn die Aufmerksamkeit zu richten. Schon innerhalb der Grenzen der Gesundheit bemerkt man häufig bei Individuen eine derartige agile Vielseitigkeit, welche bei der Unmöglichkeit der Vertiefung in Flachheit ausartet, und es ist von dieser Verfassung des Geistes bis zu dem seichten, unruhigen und vielgeschäftigen (agilen) Blödsinn sehr oft nur ein kleiner Schritt.

b) Auf die Raschheit des Aufeinanderfolgens der Hirnphänomene, auf die Raschheit des Flusses der cerebralen Thätigkeiten.

Dieser kann eine abnorme Langsamkeit zeigen theils in depressiven Zuständen: in Fällen von tiefem psychischem Schmerze, bei Schrek oder bei sonstigen deprimirenden Einwirkungen; theils aber auch in Fällen von wirklicher Schwäche, bei Blödsinnigen und annähernden Zuständen.

In beiden Fällen ist nicht nur eine Armuth und Einförmigkeit der Vorstellungen und der Begehrungen, sondern auch und vorzugsweise eine langsame Abwiklung derselben vorhanden, zuweilen ein völliger Stillstand des Gedankenzugs, zögerndes Wahrnehmen, Zögern in den Bewegungen und mehr oder weniger langsame Ausführung selbst der einfachsten Muskelthätigkeit bei unversehrter Muskelkraft, langsames Antworten, zuweilen Wiederholung derselben Worte, derselben Bewegungen, Stoken mitten in der Rede, mitten in Bewegungen: ein Zustand, der in seinen äussersten Graden das Hauptphänomen der Catalepsie darstellt.

Eine abnorme Raschheit des Flusses der psychischen Thätigkeit findet sich in irritativen Zuständen: bei mässigen Intoxicationen, in manchen Fällen irritativer Hypochondrie und bei Hysterischen, bei Wahnsinn, bei der Manie, auch noch in manchen Fällen von Verrüktheit.

Die Gedanken reihen sich in grosser Schnelligkeit an einander, folgen sich oft gleichsam sprungweise mit Ausfallen oder Nichthervortreten der Mittelglieder, zeigen daher die unerwartetsten Associationen, und es gibt sich diess durch ein überströmendes Reden, Declamiren, meist auch durch Gesticulationen und sonstige Beweglichkeit kund. Bis zu einem gewissen Grade ist mit dieser abnormen Raschheit ein Reichthum an Einfällen, ist Wiz und Scharfsinn verbunden, aber allmälig wird die Ideenjagd bunter und incohärenter und geht zulezt in einem wilden und verworrenen Strome unter.

c) Die innere Cohärenz der psychischen Thätigkeiten leidet in den verschiedensten Graden bei allen denjenigen Gehirnstörungen, bei denen die psychische Thätigkeit überhaupt alienirt wird.

Dieser Mangel bildet aber darum nicht etwa den Gegensaz gegen das gesunde Verhalten, in welchem er selbst bis zu höheren Graden vorkommen kann. Der geringste Grad der Incohärenz, welcher sich als Zerstreutheit, als Weitschweifigkeit, als Verfallen vom Hundertsten ins Tausendste darstellt, kann, wenn er bei einem Individuum nicht psychisches Naturell ist, häufig als das erste Kennzeichen der sich vorbereitenden Gehirnstörung gelten. Es wächst diese Incohärenz vorzüglich unter dem Einfluss in Herrschaft kommender Wahnideen und sie kann alle Grade zeigen bis zum zügellosesten Schweifen, wie es bei maniacalischem Furor und bei manchen Verrükten vorkommt, oder bis zur gänzlichen Zusammenhanglosigkeit abrupter Gedankenfragmente, wie man sie als sparsam und in Intervallen vortretende Aeusserungen eines schwachen psychischen Geschehens bei Verrükten und Blödsinnigen wahrnimmt. — Auch eine Steigerung der Associationen, ein Anknüpfen von Vorstellungsreihen an jedes gleichgiltige Wort, jede Wahrnehmung, jede Aeusserlichkeit findet sich bei gestörtem Gehirne sehr häufig und fällt gerade oft mit dem Mangel innerer Cohärenz zusammen.

d) Die Relationen der Vorstellungen zu den Wahrnehmungen, der Be-

strebungen zu den Vorstellungen und die logischen Formen des Denkprocesses werden durch die meisten Gehirnkrankheiten beeinträchtigt, confundirt und verrükt.

e) Selten sind im Anfange einer cerebralen Störung die Gehirnthätigkeiten in Harmonie, sondern meist zeigen sie eine mehr oder weniger peinliche Dissonanz. Daher ist gewöhnlich die Empfindung der psychischen Unlust und des psychischen Schmerzes, vornehmlich in der ersten Zeit cerebraler Störungen, wenn diese nicht schnell einen hohen, das Bewusstsein ausschliessenden oder wenigstens verdämmernden Grad erreichen, vorhanden.

Bei länger dauernden Affectionen pflegt das Gefühl der Unlust um so sicherer fortzudauern, je mehr ein Zustand von Gereiztheit des Gehirns sich erhält, und selbst wo diese im Allgemeinen gewichen ist, pflegt das peinliche Gefühl wenigstens bei Exacerbationen zurükzukehren. Das Aufhören dieser peinlichen Empfindung fällt entweder zusammen mit der Besserung der Gehirnverhältnisse oder mit einer tieferen Erkrankung und geht in acuten Störungen dem Sopor voran, in chronischen ist es meist ein Zeichen des Uebergangs in mehr oder weniger habituelle und meist unheilbare Zustände. Das Gefühl der Unlust kann bis zum quälendsten Schmerze gesteigert sein, was theils von der Form der Erkrankung, theils aber auch von dem ursprünglichen Grade der individuellen Empfindlichkeit abhängt. — Das Gefühl der Lust ist bei allen Gehirnkrankheiten ein höchst bedenkliches Zeichen, sofern es nicht mit unzweifelhaften Fortschritten zur Besserung zusammenfällt. Es zeigt in jedem andern Falle an, dass die anomal gewordenen Hirnthätigkeiten unter sich in eine gewisse trügerische Harmonie gekommen sind, die Reaction aufgehört hat und dass daher eine Ausgleichung der Störung kaum mehr zu hoffen ist, vielmehr ein immer Festerwerden der krankhaften Richtung zu erwarten steht.

4) Die psychischen Dispositionen sind bei Hirnkranken in der allermannigfaltigsten Weise verändert und zeigen schon bei sehr mässigen Störungen des Organs erhebliche Abweichungen. Im Speciellen findet sich bei Hirnkranken:

a) eine Steigerung der dem Individuum im früheren gesunden Zustande eigenthümlichen Dispositionen,

b) eine Abnahme der früheren Dispositionen,

c) eine Verkehrung der Dispositionen, bei welcher Dispositionen, die früher vorhanden waren, verschwinden und die entgegengesezten an ihre Stelle treten,

d) ein Auftreten ganz neuer Dispositionen.

Die Abweichungen der psychischen Dispositionen finden in den einzelnen Beziehungen ziemlich getrennt und zusammenhanglos statt, so dass, während einzelne Anlagen gesteigert sind, andere vermindert und noch andere verkehrt sein können, und nur unter den schlimmsten Verhältnissen tritt eine allgemeine Abnahme aller Fähigkeiten ein, niemals aber eine allgemeine Steigerung.

Die Fähigkeiten und Anlagen, die innerhalb der Breite der Gesundheit schon so grosse Mannigfaltigkeiten darbieten, lassen auch bei krankem Gehirne grössere Differenzen bemerken, als fast irgend ein anderes Verhalten des Organs. Ueberall grenzt die krankhafte Disposition an ähnliche Verhältnisse, die in die Breite der Gesundheit fallen, an und es ist meist nur das extreme Abweichen oder die Combination der Dispositionen, hauptsächlich aber das Zusammenfallen dieser Abweichungen mit andern krankhaften Hirnphänomenen, was den Fall als einen pathologischen characterisirt. Wenn die Anomalieen in den Dispositionen an sich nicht einmal die krankhafte Gehirnstörung überhaupt erweisen können, so lassen sie noch viel weniger einen Schluss auf die Art der Erkrankung zu und bedingen gewisser-

maassen bei den verschiedenen Erkrankungsformen nur die untergeordneten Varietäten. Es ist daher ganz unzwekmässig, nach den besonderen Dispositionen die speciellen Formen gewisser Hirnkrankheiten zu benennen, wie z B. Mordsucht, Stehlsucht, Misanthropie, Panphobie etc. Obgleich aber für die wesentliche Erkrankungsweise die Beschaffenheit der Disposition nicht entscheidend ist, so liefert dieselbe für die Beobachtung und noch in mancher andern Beziehung die wichtigsten Momente, indem das Benehmen des Kranken von ihr vor Allem abhängt, die Gefährlichkeit desselben für sich und Andere sehr häufig durch sie bestimmt wird, der Grad der Heilbarkeit oder Besserungsfähigkeit mit ihr aufs Engste zusammenhängt und die psychische Behandlung die wichtigsten Angriffspunkte aus ihr entnimmt.

Bei der zahllosen Verschiedenheit und Combination der Dispositionen kann eine Aufzählung derselben nach ihrem krankhaften Verhalten nicht durchgeführt, sondern es kann bloss an Beispiele erinnert werden, welche in besonderer Häufigkeit sich bei Gehirnkranken wiederholen oder von einem wichtigen Einflusse nach irgend einer Beziehung hin sind. Am sichersten mindert sich bei Gehirnkranken, bei denen überhaupt die psychischen Functionen alterirt sind, die Fähigkeit, Vorstellungen und Begehrungen nach ihrem Inhalt zu beherrschen: die Vernunft. Es ist selten, dass diese Fähigkeit gänzlich verloren geht, und in Andeutungen erkennen wir sie noch während des maniakalischen Furors, wie bei dem completsten Blödsinn, mindestens in einzelnen Augenbliken. Daher ist immer nicht die Frage zu stellen, ob die Vernunft fehle, sondern nur, in welchem Grade sie beeinträchtigt sei. Andererseits sehen wir niemals in cerebralen Krankheiten eine Steigerung dieser Fähigkeit, und es kann höchstens der Schein einer solchen entstehen, wenn man aufgeregte Zeiten mit vorausgegangenen verdüsterten vergleicht und die lezteren irrig noch in die Breite der Gesundheit versezt. — Sehr zeitig vermindert sich die Fähigkeit, die Vorstellungen in einem den realen Wahrnehmungen adäquaten Verhältniss zu erhalten: der Verstand, und auch diese Fähigkeit zeigt in Krankheiten niemals eine allgemeine Steigerung, sondern höchstens eine einseitige Entwiklung. — Das Persönlichkeitsbewusstsein wird nur in den schwersten Zuständen cerebraler Erkrankung beeinträchtigt (nämlich in schwerem acutem Delirium, wo der Kranke glaubt, doppelt zu sein, sich für einen Andern hält, bei Verrükten, die sich für eine andere Persönlichkeit halten und zuweilen von sich selbst in der dritten Person und als von einem Fremden reden, in gewissen Fällen von Exaltation, wo die Kranken sich für besessen halten, endlich in den tiefsten Zuständen des Stupors, Blödsinns und in den todähnlichen Formen, wo zuweilen alles Bewusstsein aufhört oder auf ein Minimum beschränkt ist). — Aufmerksamkeit und Gedächtniss ist in den meisten Fällen von cerebraler Störung vermindert und besonders die Abnahme des lezteren kann oft das erste Zeichen einer noch latenten schweren Erkrankung werden. — Je mehr eine Gehirnstörung auf das Gesammtorgan von Einfluss ist und je mehr sich in unfreiwilliger Weise Thätigkeiten entwikeln und aufdrängen, um so mehr geht die Fähigkeit zu freier Selbstbestimmung und die Selbstbeherrschung verloren. — Dagegen sehen wir die Phantasie und die Beweglichkeit der Vorstellungen sehr oft in Krankheiten ausserordentlich gesteigert, selbst Scharfsinn und Wiz zu höheren Graden entwikelt und namentlich die fatalen Anlagen meist in schreklicher Progression bei lentescirenden Gehirnkrankheiten sich steigernd.

5) Der **Gesammthabitus** des psychischen Verhaltens zeigt bei Erkrankungen des Gehirns zuweilen keine wesentliche Veränderung. In andern Fällen sind wohl leichte Abweichungen vorhanden, die nur bei genauer Beobachtung wahrgenommen werden. Von diesen geringfügigen Modificationen kann in Krankheiten des Gehirns die Abänderung des Gesammthabitus bis zu einer vollkommenen Umkehrung jeden Grad zeigen und vornehmlich in denjenigen Störungen, welche als eigentliche Geisteskrankheiten bezeichnet werden, ist sowohl in Beziehung auf die temporäre Stimmung, wie auf den dauernderen Character der geistigen Individualität fast immer ein von dem früheren gesunden abweichendes Verhalten wahrzunehmen. Die Störung des Gesammthabitus des psychischen Verhaltens in Krankheiten des Organs kann sich zeigen:

a) als eine **Steigerung**. Excentricität des gewöhnlichen Characters, welche

hauptsächlich in irritativen Formen und in den Zeiten der Exacerbation beobachtet wird;

b) als eine Abschwächung des gewöhnlichen Characters, welche in Wirklichkeit fast nur in den Ausgangsperioden der unheilbar gewordenen Krankheit vorkommt, in andern Fällen gewöhnlich nur scheinbar ist und von Zurükhaltung der Aeusserungen der herrschenden Stimmung abhängt;

c) als eine gleichsam qualitative Veränderung, zuweilen eine vollkommene Verkehrung des früheren individuellen Characters, welche sehr häufig bei den Einleitungsstadien einer progressiven chronischen Gehirnstörung, ausserdem bei den acuten Erkrankungen und acuten Exacerbationen wahrgenommen wird;

d) als ein lebhafter und äusserlich unmotivirter Wechsel der Stimmungen, welcher ebensowohl in den irritativen Formen und Stadien, als auch in den Perioden der Abschwächung sehr gewöhnlich ist;

e) als Vorwiegen und zu leichte Erregbarkeit gewisser Stimmungen, eine gewisse Weichheit und Vulnerabilität des Gemüths, Hang zur Traurigkeit und zum Misstrauen (abnorm depressive Stimmung), wohl aber auch zuweilen eine Neigung zu gehobener und übermüthiger Stimmung (abnorm expansive Stimmung).

Manche physiologische Charactereigenthümlichkeiten und temporäre Stimmungsperioden nähern sich diesem Verhalten in Krankheiten und sind oft schwer oder gar nicht davon zu unterscheiden. Es ist daher die Veränderung des Characters und die Besonderheit der Stimmung zwar ein wichtiges Element für die Beurtheilung krankhafter Fälle, kann aber für die Diagnose einer vorhandenen Erkrankung für sich allein nicht zur Entscheidung benützt werden.



6) Die Ekstasen sind pathologische Stimmungen, welche den Affecten und Leidenschaften analog sind und bei welchen die ganze cerebrale Thätigkeit in einen Punkt concentrirt und nach allen übrigen Seiten geschwächt und gehemmt ist. Die Ekstasen stellen sich entweder in einer stürmischen Aufregung oder in der Art einer mehr oder weniger vollkommenen psychischen Erstarrung dar, nicht unähnlich den beiden Hauptformen der Krämpfe, den Convulsionen und den tetanischen Krämpfen, mit denen sie überdem in der Weise nicht selten zusammenfallen, dass die stürmische Ekstase mit Convulsionen sich verbindet und dass bei der äusserlich ruhigen Ekstase auch die Muskel in tonische Erstarrung verfallen. Es bezieht sich die Ekstase stets entweder auf Vorstellungen oder auf Bestrebungen, oft auf beide zumal; aber sie ist immer mit mindestens partieller Aufhebung der Wahrnehmungen, selbst wirklicher Anästhesie und mit Verlust oder doch Verminderung des Willenseinflusses auf die Musculatur (auch auf die Sprachorgane) verbunden, überdem gewöhnlich mit extracephalen Erscheinungen und zwar ausser mit Krämpfen und Paralysen der willkürlichen Muskel, mit Veränderungen der Herzthätigkeit, der capillären Blutvertheilung, sehr häufig mit Paralyse der unwillkürlichen Muskel oder spasmodischer Zusammenziehung derselben, mit mannigfachen Anomalieen der Secretionen und bei längerer Dauer mit auffälliger Störung der Ernährung. Die Ekstasen sind meist nur die Paroxysmen verschiedener Krankheitsformen, bilden wohl auch deren Anfang; aber nur selten läuft ein Erkrankungsfall als Ekstase ab.

Die physiologischen Ekstasen gehen oft, vorzüglich bei häufiger Wiederholung, in pathologische unmerklich über und begründen allmälig eine krankhafte Zerrüttung des Gehirns; die Ekstase wird Ursache, aber sofort auch Symptom der Erkrankung. Menschen, welche häufig in Affect und leidenschaftliche Ausbrüche gerathen, fangen oft an, in solchen sich zu geberden wie Geisteskranke und sind kaum mehr von solchen zu unterscheiden. Auch stellt sich bei ihnen allmälig ein immer crasser werdendes Missverhältniss zwischen den Motiven des Affectes und dem Grade desselben ein: unbedeutende Anlässe bewirken Ausbrüche, in welchen sie alle Herrschaft über sich verlieren und nach und nach treten solche Ausbrüche auf eingebildete Veranlassungen und sogar vollkommen spontan (launenhafte Affecte) ein. So wird die grosse Geneigtheit zu Affecten und Leidenschaften, obwohl in gewissen Lebensaltern, d. h. vor der Reifung des Gehirnlebens normal und selbst für die frühe Zeitigung desselben vielleicht förderlich, bei ihrer längeren Fortdauer und in den Jahren, wo die Hirnthätigkeit nach allen Seiten ausgebildet sein und eine gewisse Festigkeit erlangt haben soll, sowohl Zeichen einer mindestens ans Krankhafte streifenden Gereiztheit, als Ursache für wirkliche Erkrankung: ein geringer Schritt bringt das Individuum aufs pathologische Gebiet. In eben derselben oder vielmehr in noch nachtheiligerer Weise wirken künstlich, z. B. durch Alcoolmissbrauch herbeigeführte Ekstasen, um so mehr bei Individuen, welche an sich zu heftigen Affecten disponirt sind, und wir bemerken nicht selten, wie Menschen, lange ehe sie in andauernde Geisteszerrüttung fallen, durch ihre zeitweisen, aus mehrtägiger Trunkenheit und leidenschaftlicher Aufregung zusammengesezten und in brutalem und vernunftlosem Gebahren sich äussernden Raptusperioden Aufsehen machen.

7) Mangel und Unvollkommenheit des Schlafes ist sehr häufig in Gehirnkrankheiten, kommt aber auch in vielen Zuständen vor, bei welchen das Gehirn nur untergeordnet an der Erkrankung participirt. Diese und jene Fälle zeigen keine wesentliche Differenz und es ist weder aus dem Grad des Mangels und der Unvollkommenheit, noch aus der Art der lezteren ein Schluss auf das Bestehen einer selbständigen oder nur sympathischen Gehirnaffection zu machen. Im Allgemeinen zeigt Mangel und Unvollkommenheit des Schlafes stets einen Zustand von cerebraler Irritation an; doch ist dabei zu bemerken, dass das höhere Alter, Gewohnheit und in die Breite der Gesundheit fallende Erregungen des Organs schon allein im Stande sind, den Schlaf zu verscheuchen und unvollkommen zu machen, dass daher im einzelnen Fall solchen Verhältnissen, als alleinigen oder mitwirkenden Ursachen der Störung des Schlafs gehörige Rechnung zu tragen ist.



Die in krankhafter Weise vorkommenden Störungen des Schlafs sind:

a) Die Agrypnie (Schlaflosigkeit). Sie tritt bald als einzelne Erscheinung ohne Zusammenhang mit andern, bald als Symptom complicirter Zustände auf und zwar zeigt sie sich

1) als vorübergehende Erscheinung bei den verschiedensten Arten von Gehirnreizung, selbst bei Erregung der Gehirnthätigkeit innerhalb der Breite der Gesundheit, ferner bei Incorporation reizender Substanzen, bei Schmerz und in der ersten Periode der Fieber. Diese Agrypnie ist, wenn sie für sich allein besteht, ohne Belang und wird nur durch die Verhältnisse, mit welchen sie verbunden ist, von Wichtigkeit.

2) Die langwierige, permanente und habituelle Agrypnie ist ein nicht nur sehr häufiger, sondern zugleich sehr lästiger Zustand, der theils durch Gewöhnung, theils durch habituelle Erregung des Gehirns oder einzelner Nervenprovinzen, sowie durch anomale Verhältnisse des Bluts herbeigeführt werden kann, aber zuweilen auch in seinen Causalbeziehungen nicht zu ermitteln ist.

Durch schlechte Gewöhnung wird sehr häufig allmälig ein Zustand höchst lästiger und kaum zu beseitigender Agrypnie zustandegebracht. Schon wenige Tage Schlafverkürzung reichen hin, die Fähigkeit zu einem dauernden und genügenden Schlaf zu vermindern; eine länger fortgesezte Gewöhnung, ein sehr spätes Einschlafen, häufige Störung und Unterbrechung des Schlafs macht die Agrypnie habituell und lässt eine Unfähigkeit zu genügendem Schlaf zustandekommen, welche oft kaum mehr überwunden werden kann. — Ein idiopathischer Erregungszustand des Gehirns durch andauernde geistige Beschäftigung, besonders durch solche, welche regelmässig tief in die Nacht fortgesezt wird, oder durch fortdauernde lebhafte und nicht zur Ruhe kommende Vorstellungen und Bestrebungen, oder eine krankhafte Cerebralirritation, mag sie sich ausgebildet haben durch was sie will, kann eine habituelle Agrypnie begründen, oder leztere kann nicht nur fortbestehen, nachdem ihre nächste Ursache beseitigt ist, sondern sie kann auch ihrerseits den Zustand von Gehirnerregung unterhalten. — Ebenso wirkt eine Gehirnerregung durch den übermässigen oder bis zur Schlafzeit fortgesezten Gebrauch gewisser Genussmittel (des Alcools, des Thees, des Caffees), und auch die so entstandene Agrypnie überdauert sehr häufig lange Zeit die Beseitigung der Ursachen und wird zuweilen vollkommen habituell. — Auch die Reizungen peripherischer Gebiete der Nerven haben eine ähnliche Wirkung: nicht nur Schmerzen verscheuchen den Schlaf und können bei wiederholter Wiederkehr eine habituelle Agrypnie begründen, sondern auch die jukenden Empfindungen, welche die pruriginösen und andere Hautausschläge begleiten; selbst durch leichte Hautreizungen werden manche Individuen habituell schlaflos. Ebenso kann eine immer wiederkehrende Ueberanstrengung der Muskel Agrypnie begründen, und es scheint, dass auch Reizungen des Darms, welche sich durch keine sonstigen Empfindungen zu erkennen geben, zuweilen einen gleichen Einfluss haben. Ebenso hindern Herzpalpitationen den Schlaf und können die Ursache einer permanenten Agrypnie werden. — Unter den Constitutionsstörungen, welche nicht schon durch Vermittlung von Schmerz und peripherischen Reizungen die Agrypnie herbeiführen, ist vornehmlich die Anämie häufig Ursache der Schlaflosigkeit, jedoch vornehmlich bei empfindlichen und reizbaren Individuen.

Es bleiben aber viele Fälle von sehr hartnäkiger, permanenter Agrypnie übrig, in welchen man auch bei der genauesten Forschung und der grössten Geneigtheit der Kranken, alle Verhältnisse anzugeben, nicht im Stande ist, die Ursachen der lästigen Erscheinung zu entdeken, und zwar kommen solche scheinbar ursachlose Schlaflosigkeiten einerseits vornehmlich beim weiblichen Geschlechte, andererseits besonders im vorgerükten Alter vor, in welcher Lebensperiode schon physiologisch der Schlaf kürzer zu werden pflegt.

Die permanente Agrypnie stellt sich selten in der Form anhaltender gänzlicher Schlaflosigkeit, sondern meist als ein sehr spätes Einschlafen, als verfrühtes Erwachen, als leiser Schlaf, wobei die Sinne fortwährend percipiren und die Vorstellungen nicht zur Ruhe kommen, als zu kurzer Schlaf dar und kann in solcher Weise Monate, Jahre lang und sogar durch ein halbes Leben fortdauern. Solcher ungenügender Schlaf wird zuweilen eine Zeit lang ohne grossen Nachtheil ertragen; allein es können auch mehr oder weniger schwere Zufälle sich daraus bilden: entweder, vornehmlich bei gänzlicher oder annähernd gänzlicher Schlaflosigkeit, eine mehr und mehr gesteigerte Gereiztheit des Gehirns, die in Delirien und atactische Fieberformen übergehen kann; oder aber eine verminderte Fähigkeit zur Functionirung des Gehirns, Mattigkeit, verminderte Fähigkeit zu percipiren und zu denken, Muskelschwäche, Zittern, Herzklopfen; ferner Verlust des Appetits, hartnäkige Zungenbelege, schlechte Verdauung, und weiterhin schlechte cachectische Ernährung, Abmagerung und Marasmus, Hectik.

So oft man auch die Versicherung hört, dass die Schlaflosigkeit eine gänzliche sei, so ist doch in Wahrheit eine solche ziemlich selten; dagegen kommt es oft genug vor, dass Monate lang der Schlaf auf wenige Stunden, selbst auf noch kürzere Zeit beschränkt bleibt, dass die jedesmalige Dauer der einzelnen Schlafzeit nur wenige Minuten beträgt, wobei der Kranke jedoch häufig die Empfindung hat, als

ob während des kurzen Schlafs viele Stunden hingegangen wären. Auch ist bei Vielen der Schlaf so leise, dass das geringste Geräusch sie erwekt und dass niemals bei ihnen ein eigentlicher Verschluss der Sinne eintritt. In allen diesen Fällen fehlt die Erquikung nach dem Schlafe, die Kranken fühlen sich nach demselben oft weit matter als vor dem Einschlafen und die schädlichen Folgen können bei diesen verschiedenen Modificationen in gleicher Art eintreten, nur rascher und in höherem Grade, je mehr die Agrypnie eine vollkommene ist. — Die Folgen für den Organismus sind aber auch je nach dem individuellen Schlafbedürfniss sehr verschieden, und sie treten im Allgemeinen in höherem Maasse bei jüngeren Subjecten ein, als bei älteren, bei leicht zu ermüdenden und dabei lebhaften Individuen mehr, als bei robusten, ausdauernden und dabei wenig reizbaren. — Die Fälle sind nicht selten, wo allein durch Schlaflosigkeit heftigstes Delirium und ohne alle weitere Localisation Fieberbewegungen eintreten, welche dem Typhus ähnlich sind und nach Herbeiführung eines ruhigen Schlafs rasch in die Genesung übergehen. — Doch sind die chronischen Folgen der Agrypnie die gewöhnlicheren und unter ihnen ist vornehmlich das Herzklopfen eine um so verderblichere Erscheinung, weil es seinerseits das Eintreten des Schlafs verhindert.

b) Der unruhige, unterbrochene Schlaf, der zugleich fast immer unerquiklich ist, d. h. die Fähigkeit zur Gehirnthätigkeit nicht restaurirt, hat ähnliche Ursachen und ähnliche Folgen, wie die Agrypnie und stellt gewissermaassen deren niederen Grad dar. Auch schon eine mässige Irritation des Gehirns führt diese Art von Schlafstörung fast mit Sicherheit herbei. Um so weniger können aus ihr Schlüsse auf die specielle Art der Erkrankung gemacht werden. — Der Kranke wirft sich bei dem unruhigen Schlafe hin und her, seufzt auf, knirscht mit den Zähnen und macht andere im gesunden Schlafe ungewöhnliche Bewegungen; seine Sinne sind weniger verschlossen, er hört und sieht im Schlafe und erwacht durch geringfügige Ursachen und oft spontan.



c) Die Träume sind für die Beurtheilung pathologischer Verhältnisse in den meisten Fällen von höchst untergeordnetem Werthe.

Nur in einzelnen Beziehungen können sie an Bedeutung gewinnen:

α) Sehr lebhafte, bunte, unruhige und ängstliche Träume zeugen im Allgemeinen von cerebraler Irritation, sind meist mit unruhigem, unterbrochenem und unerquiklichem Schlafe verbunden und haben die Bedeutung von diesem.

β) Manche Träume zeigen durch ihre Art auf einen gestörten Körpertheil hin, indem dieser in irgend einer, oft in grotesker Weise in ihnen einen Rolle spielt, was jedoch häufiger bei extracephalen, als bei cerebralen Erkrankungen vorkommt.

γ) Träume können ein Abbild der herrschenden Stimmungen, Vorstellungsmassen und Begehrungen sein und diess ebenso in pathologischer Beziehung, wie im gesunden Zustand.

δ) Bei manchen specifische Delirien hervorrufenden Gehirnkrankheiten, zumal solchen, welche von Intoxication herrühren, zeigen auch die Träume denselben specifischen Inhalt, und da solcher meist vor dem Delirium sich einstellt, so können sie zu einer frühzeitigen Diagnose dienen: so beim chronischen Alcoolismus, bei der Bleiintoxication.

d) Das Schlafreden kommt als habituelle Eigenthümlichkeit bei manchen Individuen ohne alle pathologische Bedeutung vor, zumal bei Kindern, jüngeren und lebhaften Individuen. Ausserdem hängt es häufig mit Unruhe und Unvollkommenheit des Schlafes zusammen und ist eines der Zeichen derselben. Es geht auch sehr gewöhnlich dem Deliriren voran und ist daher beim Verdachte einer Hirnirritation ein nicht bedeutungsloses Symptom.

Bei Kindern und Solchen, welche überhaupt dazu disponirt sind, tritt das Schlafreden bei sehr geringfügigen Störungen ein: es nimmt an Bedeutung zu, wenn es

bei Individuen sich zeigt, bei welchen es ungewöhnlich ist, wenn es sehr anhaltend, ungestümm wird.

e) Der Somnambulismus (Nachtwandeln), die Vornahme complicirter Handlungen und Ortsbewegungen, entsprechend den Traumvorstellungen während des Schlafs, kommt als isolirte, an das Schlafreden sich anschliessende, aber bedeutungslose Anomalie des Schlafs zuweilen bei jüngeren Individuen vor und zeigt dabei meist ein von Pausen unterbrochenes Eintreten.

Pathologisch von Interesse wird der Somnambulismus nur als Nebenerscheinung gewisser cerebraler Störungen, der Hysterie, der psychischen Erkrankungen, zuweilen kommen Fälle vor, wo intermittirendes Irresein, in der Form des Somnambulismus sich darstellend, statt oder während des Schlafes sich zeigt, oder geht dem vollen Ausbruch der Verwirrung kürzere oder längere Zeit Nachtwandeln voran.

f) Der sogenannte magnetische Schlaf oder das Hellsehen, bei welchem neben äusseren Zeichen des Schlafs und Verschliessung des Gesichtsinns eine ausserordentliche Empfindlichkeit der Gefühlsnerven und noch andere durch kein bekanntes Organ vermittelte Fähigkeiten vorhanden sein sollen, ist in seiner reellen Existenz noch gänzlich zweifelhaft, wiewohl daran erinnernde Zustände bei manchen Gehirnkranken vorkommen, vornehmlich bei solchen, bei welchen natürliche Symptome und Simulation auf unentwirrbare Weise gemischt sind.

Vergl. Purkinje (Wachen, Schlaf, Traum und verwandte Zustände in Wagner's Handwörterbuch III. B. 412), Monfalcon (Dict. des sc. méd. LII. 68), Ammon (Comm. semiologica, in qua somni vigiliarumque status morbosi exponuntur 1820), Heusinger (Comm. semiol. de variis somni vigiliarumque conditionibus morbosis 1820), Jan (der Schlaf 1836), Richier (Onéirologie ou dissertation sur les songes considérés dans l'état de maladie 1816), Fabius (de somniis 1836), Forbes (über Somnambulismus, Hellsehen und thierischen Magnetismus, bearbeitet von Hummel; der Zeitschrift der Wiener Aerzte II. Bd. beigegeben).

8) Die Schlafsucht und die hypnoiden Zustände.

Es sind die verschiedenen Grade der Schlafsucht und der hypnoiden (schlafartigen) Zustände vornehmlich danach von verschiedener Bedeutung, je nachdem sie in acuter Weise und bei acuter Erkrankung oder in chronischer Weise und bei chronischer Erkrankung eintreten, und zwar hat eine frisch entstandene und acut verlaufende Schlafsucht oder Betäubung, wenn sie im Laufe einer chronischen Erkrankung eintritt, entweder eine ähnliche Bedeutung wie die Schlummersucht in acuter Erkrankung, d. h. sie zeigt eine zu der chronischen hinzugetretene neue und zwar acute Erkrankung an, oder sie hat nur die Bedeutung der chronischen Schlafsucht und stellt deren Anfang dar.

a) Acute hypnoide Zustände.

Die Ursachen acuter hypnoider Zustände sind:

tiefe Erschöpfung und nervöse Schwäche und Paralyse;

Erschütterung des Gehirns;

Narcotisation und ähnliche Einflüsse, wie z. B. Alcool, Aether, Blei, Malaria, Scharlachvirus, Typhuscontagium etc.;

Hyperämieen des Gehirns, vornehmlich venöse;

Anämieen des Gehirns;

Oedeme des Gehirns, und zwar acut auftretende oder acute Steigerung von solchen;

acuter Druk auf die Hirnrinde oder Ventrikeloberfläche durch Exsudate jeder Art, durch Extravasate, durch Knochenlamellen (bei Fracturen), zuweilen selbst durch rasch wachsende Geschwülste;

acute Erweichung der Hirnrinde oder der Ventrikeloberfläche.

Es ist hienach die Schlafsucht und sind die hypnoiden Zustände ein Symptom der mannigfachsten Erkrankungen des Gehirns, bald nur leichter und vorübergehender Art, bald schweren und destructiven Characters. Sie deuten nicht auf die Art der Störung, aber sie zeigen im Allgemeinen auf ein anomales Verhalten, auf eine gehemmte Functionirung der Hirnrinde hin. Aus Erschöpfung kann ein hypnoider Zustand eintreten nach anhaltendem Wachen, nach psychischer Aufregung und Anstrengung, besonders aber nach Delirium. Die Erschütterung des Gehirns stellt sich solange sie keine weitere Folgen hat, gewöhnlich in Form der Betäubung mehr oder weniger tiefen Grades dar. Die Narcotica, das Chloroform, der Aether, der Alcool bringen mit der Sicherheit des Experiments bei gewissen Mengen der Einwirkung hypnoide Zustände hervor. Aber auch die Vergiftung mit Blei, seltener die mit Arsen kann die gleiche Wirkung haben. Bei Typhus, Scharlach, Poken ist meistens wenigstens eine Andeutung von Somnolenz, oft ein höherer Grad von Betäubung, selbst tiefe Lethargie vorhanden, und die Malaria scheint eine schlafmachende Wirkung selbst da hervorzubringen, wo sie das Individuum noch nicht eigentlich krank macht: wenigstens kann man beobachten, dass in Malariagegenden die Neigung zum Schlafe oft fast ganz unüberwindlich wird. Auch von andern, auf Infection beruhenden Krankheiten (Cholera, Pest, Gelbfieber) hat man ähnliche Wirkungen bemerkt. Die Betäubung, welche durch alle diese Krankheiten herbeigeführt wird, tritt bald im Momente der Einwirkung des Contagiums oder Miasmas ein, bald erst bei der Entwiklung des Processes und begleitet dann in mehr oder weniger hohem Grade das Fieber. Sehr bemerkenswerth sind die Fälle, wo das Coma bei solchen Erkrankungen fast das einzige oder doch das hervorstechendste Krankheitssymptom ist und wobei die Autopsie gewöhnlich nicht die geringsten Veränderungen im Gehirn und in seinen Häuten nachzuweisen im Stande ist. — Aber auch bei manchen offenbaren anatomischen Störungen der Hirnrinde treten hypnoide Zustände jeden Grades als wesentliche Erscheinung auf: nicht nur Hyperämieen und Anämieen, vornehmlich mässigeren Grades und weder zu rascher, noch zu langsamer Entstehung können diese Wirkung haben, sondern man bemerkt sie allgemein als ein Symptom des Gehirnödems, der Erweichung der Hirnrinde und der Ventrikeloberfläche; ferner als eine Erscheinung der Exsudationen auf der Fläche des Gehirns und innerhalb der Ventrikel (Meningitis, Hydrocephalus acutus), der Extravasation in den Hirnhäuten, aber auch im Gehirn selbst, wenn die Menge des ausgetretenen Blutes erheblich genug ist; endlich können Geschwülste, welche eines raschen Wachsthums fähig sind, in acuter Weise Schlafsucht und hypnoide Zustände bedingen.

Der gemeinschaftliche Character der verschiedenen Grade hypnoider Zustände besteht in der krankhaften Neigung, aus dem wachen Zustande in den Schlaf zu verfallen, oder in mehr oder weniger tiefer schlafartiger Versunkenheit, welche bald kürzer bald länger andauert, dem gewöhnlichen Schlaf bald ähnlicher ist, jedoch niemals das Erquikende desselben hat, bald aber mehr von ihm abweicht, zuweilen wechselnd damit in einem Mittelzustande zwischen Wachen und Schlafen.

In den einzelnen Fällen jedoch kann sich der Zustand sehr verschieden darstellen, welche Differenzen aber nur von dem Grade der Störung abhängen und sehr gewöhnlich in einem und demselben Falle vorkommen. Die leichteren Grade namentlich können den schwereren vorausgehen, ihnen nachfolgen oder aber für sich allein bestehen, die schwereren können sogleich und fast plözlich in ihrer ganzen Tiefe sich einstellen oder durch allmälige Steigerung der leichteren sich entwikeln.

Bei den hypnoiden Zuständen ist keine Function im Zustande wirklicher Paralyse: die Pupille reagirt, wenn auch unvollständig, Lähmungen der

Muskel sind nicht vorhanden, wenn sie nicht durch anderweitige Umstände herbeigeführt werden und auch bei dem tiefsten hypnoiden Zustande zeigt sich nicht jener Grad von vollkommener Erschlaffung und gänzlicher Aufhebung des Tonus in den Muskeln, wie solcher bei den Lipopsychieen sich darzubieten pflegt.

Der leichteste Grad von Schlafsucht ist die Schläfrigkeit oder Somnolenz, bestehend in einer grossen und durch den Willen nicht zu verscheuchenden Neigung zum Einschlafen, oft jedoch ohne dass in Wirklichkeit der Schlaf eintritt. Die Gesichtszüge sind der physiologischen Schläfrigkeit entsprechend erschlafft, die Augen matt, glanzlos und unfähig fixirt zu werden, die Auglider schwer, die Bewegungen träge, jedoch können durch angemessenen Willenseinfluss noch einzelne kräftige Bewegungen ausgeführt werden, auf welche aber eine um so grössere Schläfrigkeit folgt. Die Gedankenzüge sind matt und streifen an Träumen, aber die Antworten sind richtig, wenn sie nicht complicirte Vorstellungen verlangen. Dieser Zustand gehört den sämmtlichen gelinderen Graden und Arten der angegebenen Störung an und bildet mit Ausnahme der Fälle von plözlich eintretenden schweren Ursachen (Erschütterung, starke Narcotisation) gewöhnlich den ersten Anfang der tieferen hypnoiden Zustände.

Im Stupor ist der Kranke nicht nur schläfrig, sondern auch wenig empfänglich für Eindrüke, er hat nur einfache, sparsame, schwache, langsam sich abspinnende und undeutliche Vorstellungen, er scheint zu schlafen, obwohl er hören und sehen kann und auch seine Augen meist nur unvollkommen geschlossen sind. Sobald man seine Aufmerksamkeit fixirt, so kann er vollkommen richtige Antworten geben und jede gröbere, nicht zu schwierige Bewegung ausführen.

Beim Sopor (Coma) schläft der Kranke wirklich, d. h. er percipirt nicht die gewöhnlichen äussern Eindrüke, während seine Gehirnthätigkeit nur in blossen Träumen sich bewegt; dabei wird er aber durch geringe Einwirkungen schon gewekt, gibt befragt richtige Antworten, verfällt jedoch sogleich wieder in Schlaf. Dieser Zustand ist der dem gewöhnlichen Schlafe am meisten ähnliche und oft schwer von ihm zu unterscheiden; er differirt von ihm in der Erscheinung nur durch die grössere Erschlaffung der Gesichtszüge, durch häufigere automatische Bewegungen, durch die Unmöglichkeit, zu einem raschen und vollkommenen Erwachen zu gelangen und durch das Fehlen der erquikenden Wirkung des Schlafs. Der Sopor ist die gewöhnliche Form der schweren Erkrankung der Hirnrinde, ohne dass noch sein Vorhandensein an sich eine ungünstige Prognose gäbe.

Als Coma vigil wird bald der Mittelzustand zwischen Wachen und Schlafen, bald ein Sopor mit muscitirenden Delirien bezeichnet, bald wird dieser Ausdruk mit Stupor gleichbedeutend genommen.

Die Lethargie ist eine schlafartige Versunkenheit, aus welcher der Kranke nicht zum vollkommenen Erwachen zu bringen ist und mit Mühe etwas aufgerüttelt nur verkehrte delirirende Antworten gibt. Sie schliesst sich dem Sopor in den unmerklichsten Uebergängen an, gibt schon eine verdächtigere Prognose, ohne jedoch die Möglichkeit einer vollkommenen Wiederherstellung der Gehirnthätigkeit aufzuheben.

Der Carus (Todtenschlaf) ist der tiefste Schlaf, bei welchem der Kranke auf äussere Einwirkungen gar nicht reagirt; er schliesst sich an die Suspension der Gehirnthätigkeit (Lipopsychieen) an und geht fast immer nur dem wirklichen Tode voran.

Die graduellen Verschiedenheiten der hypnoiden Zustände können nicht zur Diagnose der Art oder des Sizes der Erkrankung benüzt werden, ausser höchstens insofern als die höheren Grade vornehmlich nur bei sehr acut auftretenden oder schweren Erkrankungsformen sich zeigen und überdem auf eine Störung der gesammten Hirnrinde mit Wahrscheinlichkeit hinweisen. Dagegen kann die Zu- und Abnahme des Grads der Functionsstörung einen Anhaltspunkt für das Fortschreiten oder die Lösung der zu Grunde liegenden Erkrankung geben und nur bei manchen Formen von Intoxication und Infection (Malaria, Scharlach) ist ein solcher Schluss aus dem Verlauf des hypnoiden Zustands trügerisch, indem bei ihnen eine wesentliche Remission oder selbst eine gänzliche Intermission plözlich vom Wiedereintritte des tiefsten Coma oder der Lethargie gefolgt sein kann.

Die acuten hypnoiden Zustände haben oft gar keinen weiteren Einfluss auf den Verlauf der Gesammterkrankung;

oder sie wirken günstig im Gegensaz zu der vorangegangenen Aufregung, sie beruhigen diese und leiten den normalen Schlaf ein;

oder sie vermitteln die Paralyse und gehen dem Tod voran.

Die günstige Wirkung der hypnoiden Zustände ist vornehmlich nach grosser Aufregung des Gehirns, aber auch in manchen Fällen von Intoxication und Infection zu bemerken, wo der krankhafte Schlaf gewissermaassen den normalen ersezt und diesen wieder möglich macht. Ganz allmälig nimmt in solchen Fällen der hypnoide Zustand die Charactere des natürlichen Schlafs an, erhält dabei immer mehr die Eigenschaft zu erquiken und bei jedem Erwachen wird das Bewusstsein freier, werden die Vorstellungen klarer und bestimmter und die Bewegungen ungehemmter und kräftiger. Aber nur von den leichteren Graden bis zum Sopor kann diese günstige Wirkung erwartet werden, während die Lethargie mindestens niemals Vortheil bringt, der Carus aber immer die gänzliche Paralyse vorbereitet. — Die nachtheilige Beschaffenheit des hypnoiden Zustands wird vornehmlich erkannt an den eintretenden Veränderungen des Pulses, seiner zunehmenden Beschleunigung, dem Eintreten von Unregelmässigkeit und Intermission der Pulsschläge, dem Kleinerwerden derselben; ferner an den Veränderungen der Respiration, der zunehmenden Beschleunigung derselben während des Schlafs oder der auffallenden Verlangsamung, dem halbe bis viertel Minuten langen Aussezen derselben, der Unregelmässigkeit der Züge, der Beimischung eines immer tiefer werdenden Schnarchens oder des Trachealrasselns; weiter an der ungleichen Vertheilung, der Zunahme oder der abnormen Abnahme der Temperatur, vornehmlich der Kälte der Hände und Füsse, der Nasenspize, der Ohren, der Stirn, dem Eintreten partieller oder aber höchst profuser allgemeiner Schweisse; endlich an der Herstellung einzelner Muskellähmungen und einer asymmetrischen Stellung der Bulbi.

b) Die chronischen hypnoiden Zustände kommen vor:

bei chronischer nervöser Hirnschwäche;

nach wiederholter Narcotisation oder oft wiederkehrender Einwirkung des Alcools und Bleis;

bei chronischem Oedem des Gehirns;

bei chronischem Druk durch reichliche Exsudate, durch Geschwülste;

bei geringer Entwiklung der Hirnrinde oder Schwund der Gyri;

bei chronischer Erweichung und Sclerose der peripherischen Hirnsubstanz.

Chronische hypnoide Zustände können daher angeboren oder erworben sein, je nachdem die anomalen Verhältnisse des Gehirns schon während des Fötalzustandes oder erst im späteren Leben sich ausgebildet haben. Sie sind eine gewöhnliche Erscheinung der senilen Alteration des Gehirns, ein häufiges Symptom der späteren Stadien der verschiedensten Hirnkrankheiten, sie begleiten den Blödsinn nach seinen verschiedensten Graden und Arten und wenngleich sie nicht identisch mit ihm sind, so bilden sie doch eins seiner häufigsten und wichtigsten Merkmale.

Dieselben Grade wie bei den acuten Fällen stellen sich auch bei den chronischen dar, jedoch in verschiedener Häufigkeit.

Die Somnolenz ist in chronischen Fällen seltener und findet sich vornehmlich bei angeborenen Krankheiten des Gehirns, bei chronischer Wassersucht und bei der senilen Alteration des Organs.

Am gewöhnlichsten ist die Form des chronischen Stupors: eine habituelle geringe Empfänglichkeit gegen Eindrüke, grosse Gleichgiltigkeit, dabei meist mehr oder weniger weitgehende Vorstellungsarmuth, langsame Abwiklung und Unvollkommenheit aller psychischen Processe. Oft ist viel wirklicher Schlaf damit verbunden; sehr oft zeigen sich locale Paralysen verschiedener Theile damit complicirt.

Das Coma, der Lethargus und Carus zeigen sich gewöhnlich nicht in andauernder Weise, sondern bilden meist nur die höchstens einige Wochen dauernde Uebergangsperiode des chronischen Stupors in die vollendete Paralyse und den Tod.

9) Die Suspension der Aeusserungen der Hirnthätigkeit (die todähnlichen, thanatoiden Zustände, Apopsychie, Lipopsychie).

Die todähnlichen Zustände (Unmachten, Scheintod) entstehen zuweilen, ohne dass sich irgend eine besondere Veranlassung zum Eintritt eines thanatoiden Zustands auffinden lässt, mag derselbe im Verlaufe einer andern Krankheit oder mitten im Wohlbefinden sich einstellen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle jedoch gehen Veranlassungen von sehr entschiedener und unverkennbarer Art voran:

psychische Eindrüke, vornehmlich intensiver und unerwarteter Art (Ueberraschung, Spannung, Schrek, psychischer Schmerz, Ekel);

heftige Sinneseindrüke auf den Gesicht-, Gehör-, besonders aber auch auf den Geruchsinn (wobei oft eigenthümliche Idiosynkrasieen mitwirken);

heftige Schmerzen, besonders bei plözlichem Eintritt;

starke Einwirkungen der Electricität (Bliz);

sehr hohe oder sehr niedere Temperaturgrade, ohne dass sich angeben liesse, durch welche Veränderungen im Gehirne oder in andern Organen sie zur Wirkung kämen;

das Athmen von irrespirabeln Gasarten, von schlechter Luft überhaupt;

die Einwirkung von Giften (grosse Dosen von Alcool, von Aether und Chloroform) oder von Miasmen; der Eintritt von Luft in die Venen;

Erschütterung des Gehirns;

plözliche Zunahme eines Druks auf das Gehirn (z. B. bei einem Druk auf die offenen Fontanellen, bei einem Druk auf die Blase einer Spina bifida, bei einem schwellbaren Tumor);

rasch sich herstellende Hyperämie oder Anämie des Gehirns;

anhaltende Entbehrung des Schlafs;

heftige Muskelanstrengungen; die Anstrengungen bei der Geburt;

rapide und reichliche Entleerungen von Secreten, Darmkoth, Exsudaten (z. B. nach der Paracentese der Bauchhöhle).

Es ist dabei unverkennbar, dass die gleichen Veranlassungen bald den Zustand herbeiführen, bald nicht, dass es bei verschiedenen Individuen verschiedener Grade der Einwirkungen bedarf, um eine Unmacht zuwegezubringen, dass also mit einem Wort verschiedene Dispositionen zum Eintreten dieser Erscheinungen bestehen. Die Anlage dazu ist bisweilen so gesteigert, dass auf die geringste Gemüthsbewegung etc. alsbald eine Unmacht erfolgt und es scheint, dass, je häufiger diese stattgefunden haben, sie um so leichter sich wiederholen. Nicht immer ist diese Disposition in nachweisbaren Constitutionsverhältnissen begründet und man findet sie bei ganz kräftigen Subjecten von blühender Gesundheit. Aber man trifft sie im Allgemeinen häufiger beim weiblichen Geschlecht, bei verwöhnten und psychisch gesteigerten und etwas perversen Subjecten, bei Anämischen, Chlorotischen, Hysterischen und bei Herzkranken.

Der wesentliche Vorgang, welcher den Erscheinungen der Lipopsychie zu Grunde liegt, ist unbekannt; er muss aber an einer solchen Stelle im Gehirne statthaben, wo alle Fasern, welche die Verbindung des Gehirns mit den Organen der Activität vermitteln, vereinigt liegen, oder er muss das gesammte Hirn zumal betreffen. Etwas Bestimmteres lässt sich in Beziehung auf die Localisation der thanatoiden Zustände freilich weder im Allgemeinen, noch im einzelnen Falle, weder aus anatomischen Thatsachen, noch aus der Betrachtung der sie hervorrufenden Einflüsse folgern; denn einerseits geben die Sectionen unter solchen Erscheinungen Verstorbener fast ohne Ausnahme ganz ungenügende und unverwendbare Resultate, andererseits aber kommen die Lipopsychieen unter Einflüssen von so verschiedener Art und verschiedenem Werthe zustande, dass auch von ihnen aus keine weitere Schlüsse auf den wesentlichen Vorgang und seinen Siz im Gehirne zu ermöglichen sind.

Lipopsychie stellt sich bei verschiedenen andern Krankheiten des Gehirns ein. Sie tritt als Vorläufer vieler acuten, besonders durch toxische und virulente Ursachen entstehenden Erkrankungen, vieler acuten Localaffectionen des Gehirns ein. **Lipopsychieen gehen aber auch sehr häufig der Ausbildung chronischer Gehirnstör-**

ungen (Epilepsie und andere Krampfformen) in mehr oder weniger häufigen Anfällen voran und sind namentlich in lezterer Beziehung ein Phänomen, das die grösste Beachtung verdient. Sie treten ferner als intercurrente Erscheinungen im Verlaufe vieler Krankheiten, bei welchen das Gehirn wesentlich betheiligt ist, besonders solcher, bei welchen entweder eine grosse Reizbarkeit desselben sich herstellt, oder aber das Organ von einem dauernden Druke belästigt wird (Tumoren, Hydrocephalus chronicus, Intermeningealapoplexie) meist in oft sich wiederholenden Anfällen auf, kommen aber gleichfalls nicht selten bei den mannigfaltigsten Krankheiten, bei welchen das Gehirn nur accidentell betheiligt ist, vor und sind in der Reconvalescenz beliebiger Erkrankungen eine gar nicht ungewöhnliche Erscheinung, gehen aber andererseits oft auch dem wirklichen Tode, mag er in unerwarteter Weise eintreten oder längst durch Erscheinungen sich vorbereitet haben, voran. Die Lipopsychieen kommen aber auch bei Individuen vor, welche zuvor keine Krankheitssymptome dargeboten haben, und können bei ihnen ein kurzdauerndes Ereigniss sein, was auf den weiteren Gang der Gesundheit nicht störend einwirkt.

Bei der Lipopsychie sind Wahrnehmungen, Vorstellungen, Bestrebungen und willkürliche Bewegungen ganz aufgehoben oder doch ihre Aeusserungen auf ein Minimum beschränkt. Meist gesellen sich hiezu mehr oder weniger erhebliche Erscheinungen von Functionsverminderung der nicht unter der Herrschaft des Willens stehenden Organe in verschiedener Ausdehnung und Combination. — Stets treten die thanatoiden Zustände anfallsweise auf und gehen nach wenigen Minuten, Stunden oder Tagen vorüber, wenn nicht während ihrer Dauer der Tod eintritt.

In einzelnen Fällen sind zwar Wahrnehmungen, Vorstellungen und Bestrebungen nicht erloschen, ja sie dauern sogar nach beschränkten Richtungen lebhaft fort; aber der Kranke ist ausser Stande, irgend eine Aeusserung derselben geben zu können.
Die todähnlichen Zustände schliessen sich in manchen Beziehungen an die hypnoiden an und die höheren Grade der lezteren sind von jenen nicht zu unterscheiden. Darum darf aber die Lipopsychie nicht etwa nur als ein höherer Grad der schlafartigen Zustände angesehen werden, sie kann vielmehr eine weit bedeutungslosere Erscheinung sein, als selbst ein mässiger Grad des krankhaften Schlafes. Nur die schweren Formen beider Verhältnisse schliessen sich an einander an und sind nicht von einander zu trennen.

Die Phänomene der Lipopsychie sind verschieden je nach der geringeren oder grösseren Vollständigkeit, mit der die Gehirnfunctionen und ihre Aeusserungen sistirt sind, zum Theil aber auch je nach der Verschiedenheit der Ursache, welche den Zustand herbeigeführt hat.
In den leichtesten Fällen, die man auch Eclipsis, Unmacht nennt, wird der Kranke bald plözlich, bald wenigstens unter sehr rascher Zunahme von einem Gefühle des Schwindens und Unsicherwerdens der Sinneseindrüke befallen: er vermag nicht mehr deutlich zu sehen, die Objecte drehen sich in seinem Gesichtskreise (Schwindel), die Gehöreindrüke werden durch ein subjectives Summen und Sausen in den Ohren gestört, er fühlt den Boden nicht mehr und dieser scheint ihm unter den Beinen zu weichen, darum kann er sich nicht mehr in fester Stellung halten, er fängt an zu taumeln, macht Kreisbewegungen; zugleich werden die Extremitäten und die Stirne kalt, leztere bedekt sich mit Schweisstropfen, das Gesicht, die Lippen erbleichen, die Sinne verdunkeln sich mehr, es wird ihm schwarz vor den Augen, das Gehör vergeht, zugleich wird ihm übel und zuweilen stellt sich wirkliches Erbrechen ein; bald sehr rasch und fast plözlich stürzt er zu Boden, bald hat er noch so viel Gewalt über sich, die Stelle zu verlassen und sich niederzusezen; der Puls ist nun klein, das Athmen schwach, manchmal etwas schnarchend, das Gesicht collabirt, die Besinnung gewöhnlich nicht ganz geschwunden, zuweilen sind auch einzelne leichtere Bewegungen dem Kranken noch möglich. Der Anfall geht nach einigen Secunden oder Minuten, selten erst nach einer Stunde zu Ende. Zuweilen unter leichten Zukungen, Strekungen und Dehnungen, auch wohl mit einer stärkeren krampfhaften Erschütterung, oft unter Gähnen oder Seufzen kehrt das Bewusstsein und die Sinnesempfindlichkeit wieder, während das Gesicht sich zugleich röthet und die Wärme an Händen und andern fernen Körpertheilen sich wieder herstellt. Der Befallene fühlt sich nachher nur noch etwas schwach, in den meisten Fällen aber erleichtert.

Die höheren Grade, wohl auch tiefe Unmacht oder Syncope genannt, beginnen auf dieselbe Weise und zwar oft mit ganz besonderer Raschheit. Ist der Anfall vollständig eingetreten, so liegt der Kranke bewegungslos wie ein Soporöser, aber mit schwachem Pulse und kaum bemerkbarem Athem und meist mit offenen stieren Augen da; sein Empfindungsvermögen ist gewöhnlich ganz aufgehoben, doch ist die Fähigkeit zu hören und zu sehen bei manchem Kranken nicht ganz verloren und namentlich der Gehörsinn zur grossen Pein des Kranken vollkommen erhalten: aber es ist ihm nicht möglich, irgend eine Bewegung zu machen, auch die Reflexactionen sind aufgehoben oder sehr vermindert, man kann den Kranken stechen, kneipen, brennen, ohne dass er erwacht, ja selbst ohne dass er einen Muskel verzieht; das Aussehen ist oft ziemlich natürlich, nur meistens bleich; alle Secretionen mit Ausnahme des Schweisses sind sistirt; das Bedürfniss nach Nahrung ist gänzlich erloschen und selbst wenn der Zustand mehrere Tage anhält, so zeigt sich weder eine Abmagerung, noch beim Erwachen ein besonderer Hunger oder Durst. Dieser Zustand dauert oft ziemlich lange, über mehrere Tage, kommt in seiner ausgezeichnetsten Form und zugleich in längerer Dauer jedoch fast nur beim weiblichen Geschlecht vor. Nach dem Erwachen ist meist gar keine Erinnerung vorhanden, doch zeigen sich Fälle, wo der Kranke alles anzugeben weiss, was während der Unmacht mit ihm getrieben und was um ihn her geschehen war. Nicht ganz selten gehen diese höheren Grade von Unmacht in den Tod über.

Die höchsten Grade (Asphyxie oder Scheintod) unterscheiden sich vornehmlich dadurch, dass nicht nur die Reflexactionen ganz fehlen, die Temperatur sinkt, die Elasticität der Haut sich vermindert, die Respiration auf ein Minimum beschränkt ist, sondern dass auch der Puls und die Herzcontractionen nicht mehr gefühlt werden und nur durch Auscultation an den übrigens oft sehr schwachen Herztönen die Fortdauer der Herzbewegungen erkannt werden kann. Doch unterscheidet sich dieser Zustand von dem Tode noch ausserdem dadurch, dass die Cornea sich nicht runzelt, dass Hautreize locale Hyperämieen hervorrufen, dass der After gewöhnlich nicht klafft, einige Elasticität der Haut und übrigen Weichtheile meist noch vorhanden ist und vornehmlich dass der Todtenrigor der Muskel und die Fäulniss selbst bei einem protrahirten todähnlichen Zustande nicht eintreten.

Die Unmachten und Asphyxieen unterscheiden sich aber auch nach der besonderen Ursache und nach den Umständen, unter denen sie vorkommen. Auf zahlreiche Verhältnisse dieser Art braucht, da sie selbstverständlich sind, nicht weiter eingegangen zu werden: nur einige sind von so überwiegender practischer Wichtigkeit, dass sie hervorgehoben werden müssen.

Neugeborene Kinder kommen sehr häufig asphyctisch zur Welt, und obgleich sie eine zum Leben genügende Entwiklung zeigen, geben sie doch nur wenig oder gar keine Lebenszeichen, schreien nicht, athmen nicht, das Herz pulsirt nicht oder kaum, sie sind wie todt. Dieser Zustand kann von sehr verschiedenen Ursachen abhängen: von Blutextravasaten in die Pia, wobei keine Rettung möglich ist; — von Hyperämie des Gehirns, wobei die ganze Körperoberfläche gemeiniglich eine dunkle Färbung und Turgescenz zeigt, die Augen etwas vorgetrieben sind, der Herzschlag schwach ist, aber die Nabelschnur noch pulsirt und von Blut strozt; meist ist daneben eine beträchtliche Kopfgeschwulst vorhanden; — von Suffocation, besonders wenn die Nabelschnur während der Geburt beengt war oder das Athmen wegen Verstopfung der Mund- und Rachenhöhle nicht zustandekommen kann; dabei zeigen die Kinder eine bläuliche Farbe, gewöhnlich ohne alle Turgescenz; eine anämische oder auch nervöse Syncope kommt bei Kindern, die lange in den Geburtswegen verweilten, die in alten Räumen geboren werden, nach Metrorrhagieen während der Geburt oder wenn der Tod der Mutter während der Entbindung erfolgte, ferner überhaupt bei schlecht entwikelten, lebensschwachen Kindern vor: solche sehen blass und welk aus, werden bald kalt, Mund und After stehen offen, die Nabelschnur ist welk und das Herz pulsirt nur schwach.

Die durch Gewaltthätigkeiten, welche den Schädel treffen (Stoss, Schlag, Fall, Erschütterung überhaupt), hervorgebrachten Unmachten sind zu einer eigenen Krankheitsspecies: Commotio cerebri gemacht worden und können zuweilen eintreten, ohne dass die Gewalt den Schädel selbst getroffen hat (z. B. bei einem Fall auf die Füsse, auf das Gesäss). In leichteren Fällen taumelt der Kranke im Momente der Erschütterung, die Sinne vergehen ihm, er stürzt wohl auch momentan bewusstlos zu Boden, kann aber sogleich sich wieder erheben und erholt sich meist nach kurzer Zeit vollkommen; doch bleibt zuweilen noch längere Zeit eine gestörte Hirnthätigkeit: Sausen vor den Ohren, Funken- und Flammensehen, Kopfschmerz und Taumel zurük. — In den höheren Graden stürzt der Kranke alsbald wie leblos zusammen, ohne alles Bewusstsein, ohne Empfindlichkeit gegen äussere Eindrüke, ohne Fähig-

keit zu irgend einer Bewegung. Die Respiration ist dabei schwach und kaum hörbar, der Puls klein, kaum fühlbar, das Gesicht collabirt und blass, die Pupille weit, unbeweglich, die Haut kalt. In diesem Zustande kann der Kranke Stunden und Tage lang verbleiben, doch bemerkt man meist schon nach kurzer Zeit einige Zeichen von mehr Leben: einige Bewegungen und Zukungen in einem Muskel, zuweilen unwillkürlichen Abgang von Koth, häufig auch Erbrechen. Der Schlaf, die Kälte der Haut, die Blässe und der Collapsus des Gesichts und die beinahe bis zum Erlöschen herabgestimmte Thätigkeit des Herzens und die Respiration bleiben sich lange gleich. Entweder nimmt nun nach vorübergehender scheinbarer kleiner Besserung der comatöse Zustand wieder zu und das Leben erlischt fast unmerklich; oder aber die Besserung macht, jedoch nur langsam, Fortschritte: Empfindung, Bewegung, Bewusstsein, Sprache, Farbe des Gesichts kehren sehr allmälig wieder; aber gewöhnlich bleiben noch lange Geistes- und Gedächtnissschwäche, Stammeln, unvollkommenes Sehen und Hören oder Gesichts- und Gehörstäuschungen und Verworrenheit der Vorstellungen zurück. In nicht ganz seltenen Fällen wird die vollkommene Functionirung des Gehirns oder auch einzelner Sinne niemals wieder hergestellt. Nicht selten geschieht es auch, dass, nachdem einige Tage, Wochen oder selbst Monate lang die Erscheinungen einer einfachen Commotion bestanden hatten, auf einmal Symptome einer Meningitis, eines Hirnabscesses, einer Hirnerweichung sich einstellen, oder aber plözlich ein apoplectischer Anfall sich ausbildet. — In den schwersten Fällen der Hirnerschütterung endlich erfolgt der Tod sogleich. — In Fällen, wo der Tod unmittelbar nach der Veranlassung oder in den ersten Stunden und Tagen nach derselben sich einstellt, findet man sehr häufig in der Leiche gar keine Störungen, doch ist es auch nicht selten, grössere oder kleinere Blutextravasate, Blutüberfüllungen der Hirnhäute zu finden. Wenn sich dagegen der Zustand mehr in die Länge zieht und doch noch tödtlich endet, so kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit anatomische Veränderungen erwarten: die Reste eines Extravasats oder ein frisches, die Producte einer Entzündung, sei es in den Meningen, sei es in dem Hirne selbst. Es ist nicht immer möglich, die Fälle, bei welchen von Anfang an anatomische Veränderungen bestehen, von solchen zu unterscheiden, bei welchen den Erscheinungen keine nachweisbare Gewebsstörung zu Grunde liegt, und wenn auch immerhin angenommen werden kann, dass selbst in den lezteren materielle, unsern Untersuchungsmethoden nicht zugängliche Alterationen in der Hirnsubstanz durch die Erschütterung sich herstellen, so bleibt das doch nur eine hypothetische Voraussezung; dessgleichen lässt sich nicht durch Thatsachen ermitteln, durch welche Vorgänge die anfangs reine Commotion früher oder später zur Entstehung palpabler Gewebsstörungen führt.

Bei der durch den Bliz herbeigeführten Asphyxie scheint in vielen Fällen nicht die Electricität, sondern der Schrek und der plözliche Eindruk auf den Gesichtsinn zu wirken und diese Fälle, wenngleich auch zuweilen tödtlich, sind doch diejenigen, bei welchen am ehesten eine Herstellung möglich ist. Wo der Strahl selbst den Menschen getroffen, ist wohl in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Tod die Folge. Hat der Bliz (mag er durch den Schrek gewirkt oder der electrische Schlag den Menschen selbst getroffen haben, welche Fälle sich nicht vollkommen unterscheiden lassen) nur Asphyxie hervorgebracht, so ist das Gesicht meist roth und gedunsen, zuweilen auch leichenblass, Puls und Respiration sind schwach. Tritt der Tod nicht sofort ein, so erholt sich der Getroffene nach einiger Zeit, oft erst nach mehreren Stunden, zuweilen unter convulsivischen Erschütterungen. Doch geschieht es auch nicht selten, dass mehrere Tage lang ein scheintodartiger oder soporöser Zustand fortdauert, oder dass einzelne Sinne gelähmt bleiben. Nicht selten entstehen später fieberhafte Bewegungen und Entzündungen innerer Organe, besonders der Lunge; auch bleiben nach der Erholung zuweilen einzelne nervöse Leiden zurück.

Unmachten im kalten Bade, besonders wenn es mit erhiztem Körper genommen wird, und selbst höhere Grade von Asphyxie kommen nicht selten vor. Es ist zweifelhaft, ob diess nur, wie man anzunehmen geneigt ist, durch die Anhäufung des Bluts in den inneren Theilen in Folge der Contraction der oberflächlichen Gefässe zustandekommt. In den meisten Fällen ist es ein vorübergehender Zufall, der in seinen Erscheinungen sich nicht von andern Unmachten unterscheidet und nur durch die Besonderheit der Umstände, durch die Gefahr des Ertrinkens die grosse Bedeutung gewinnt.

Das Erfrieren kommt besonders leicht bei Kindern, Greisen und Betrunkenen vor, ferner bei Solchen, welche durch Strapazen und Hunger erschöpft sind. Es geht der Unmacht gewöhnlich eine unendliche Schläfrigkeit und Mattigkeit voran, die nach und nach sich bis zu einer rauschartigen Beneblung steigert, und die Asphyxie wird

durch einen eintretenden Schlaf vermittelt. Der durch Frost Asphyctische ist bleich, seine Weichtheile sind fest und wachsartig, der Puls ist kaum zu fühlen und die Respiration hat aufgehört.

Die Asphyxie in Folge von verdorbener Luft, kohlensaurem Gas. Kohlenoxydgas, Kohlenwasserstoffgas, Schwefelwasserstoffgas u. dergl., auch durch stark riechende Blumen tritt bald in unmerklicher Weise während des Schlafes ein, bald in wachem Zustande, nachdem der Kranke schwindlig und wie benebelt ward, meist eingenommenen und schmerzhaften Kopf, Uebelkeit und Brechneigung zeigte.

10) Der Gesammttypus der functionellen Anomalieen bei Gehirnkranken.

Die einzelnen Anomalieen der cerebralen Functionen und noch mehr die Combinationen von solchen, mögen sie unter sich zusammenhängen oder nur neben einander bestehen und mit einander von einer gemeinschaftlichen Ursache hervorgerufen werden, zeigen mit mehr oder weniger Entschiedenheit ein Abweichen des Gehirnzustandes nach zwei verschiedenen Seiten hin an: entweder eine erhöhte oder eine verminderte Erregung: sie haben entweder den irritativen oder den torpiden Character.

a) Der irritative Typus der Functionsanomalieen des Gehirns kann mit oder ohne grobe materielle Störungen bestehen, nur sezt er eine annähernde anatomische Integrität der Theile voraus, von welchen die Symptome der Irritation abhängen. Es stellt sich der irritative Typus

entweder in dem Character der Reizbarkeit, d. h. als leicht erfolgende Versezung der Functionen in Activität mit oder ohne nachhaltige Energie,

oder in dem Character der Excitation dar, d. h. als spontan, wenigstens temporär erhöhte Functionirung, ein Verhalten, welchem bei ungemessener Steigerung der Name der Exaltation zukommt und welches in dieser Höhe fast nur den Paroxysmen und Exacerbationen der Erkrankung angehört, auch bei einiger Andauer die Functionsfähigkeit für geraume Zeit oder selbst für immer consumirt.

b) Der torpide Typus der Functionen erscheint:

als einfache Abschwächung, bei welcher die materielle Integrität des Organs erhalten sein oder in wenig merklicher Weise gelitten haben kann;

als Depression, d. h. vorläufig transitorische Functionsbeschränkung, welche aber bei länger anhaltender Ursache zu dauernder Unfähigkeit vorschreiten kann und welche entweder von einer materiellen Belastung (durch abnormes, namentlich fremde Substanzen führendes Blut, durch blutüberfüllte Gefässe, Extravasate, Exsudate, Tumoren, Knochenvorsprünge, fremde Körper) bei noch erhaltener Gewebstextur des Organs, oder von psychischer Belastung (durch übermächtig gewordene Vorstellungsmassen, Bestrebungsrichtungen) abhängen kann;

als mehr oder weniger vollkommene Paralyse, welche als nervöse Paralyse ohne nachweisbare Störung der Textur des Organs bestehen oder von Schwund, Zerquetschung, Aufweichung, Zertrümmerung, Umwandlung des Gewebes zustandegebracht werden kann.

c) Es können nicht nur die verschiedenen Typen der Gehirnfunctionsanomalieen einander folgen und unter einander abwechseln, sondern sie können auch, der Zusammensezung des Organs aus zahlreichen einzelnen mit verschiedenen Functionsseiten begabten Theilen wegen, bei demselben Individuum gleichzeitig bestehen, indem sogar durch denselben Process

eine Stelle des Gehirns paralysirt, die Nachbarschaft gedrükt und die weitere Umgebung in den Zustand der Irritation versezt ist.

Es ist im einzelnen Falle zunächst zu untersuchen, in welcher Weise die Einzelphänomene, welche die Gehirnfunctionen liefern, auf die Zustände der Reizung oder des Torpors und auf die einzelnen Modalitäten dieser Zustände hinweisen, oder in welcher Weise verschiedenartige Zustände combinirt erscheinen. Erst sofort kann die Frage aufgeworfen und beantwortet werden, durch welche functionelle oder gewebliche Veränderungen in dem Falle der Zustand der Reizung oder des Torpors realisirt sein möchte. Eine unmittelbare Beziehung der Symptome auf specielle anatomische oder nicht anatomische Erkrankungsformen des Gehirns führt nur zu einer täuschenden und falschen Sicherheit des Urtheils, zu vorschnellen Diagnosen, die einmal richtig sein können, aber noch so richtig wenigstens nicht gerechtfertigt sind.

Es erscheint überflüssig, ausser den Abweichungsmodalitäten der Gehirnfunctionen nach dem Character der Reizung und des Torpors noch weitere qualitative Alterationen, mag man sie Alienation, Verstimmung oder wie immer nennen, festzuhalten. Der Schein qualitativer Alteration wird durch die Combination der Verhältnisse, zuweilen auch durch eigenthümliche Ursachen herbeigeführt, und es gibt keine sogenannte qualitative Alteration, die nicht auch innerhalb des gesunden Lebens mindestens in Andeutung vorkäme, die nicht also in der Qualität des normalen Geschehens vorgesehen wäre.

DD. Symptome aus andern Organen.

Gehirnkrankheiten bringen bald mit grösserer Beständigkeit, bald mehr ausnahmsweise eine Anzahl von Erscheinungen in andern Organen hervor, deren Zusammenhang mit der Störung im Gehirn zum Theil nicht durchsichtig ist. Nichtsdestoweniger sind selbst solche Erscheinungen, deren empirisches Vorkommen bei Gehirnkrankheiten überhaupt oder bei einzelnen Formen derselben constatirt ist, von grosser Wichtigkeit, einmal weil sie oft lästige Zugaben zu der primären Erkrankung sind, deren Abhaltung nur dann genügend entsprochen werden kann, wenn man weiss, dass ihr Eintritt zu fürchten ist; ausserdem können einzelne dieser Erscheinungen wesentlich zur Diagnose dunkler Gehirnkrankheiten beitragen, besonders in solchen Fällen, wo es bei bestehenden Hirnsymptomen fraglich ist, ob sie von einer idiopathischen Cerebralerkrankung oder nur von einer untergeordneten Theilnahme des Gehirns an einer Störung des Gesammtorganismus abhängen.

Abgesehen von den Anomalieen der Bewegungen in den Gliedern und verschiedenen andern Theilen des Körpers, welche schon des Näheren betrachtet wurden, sind es folgende Arten von Erscheinungen, deren Auftreten bei Gehirnkranken besondere Beachtung verdient.

1) Schmerzen kommen zuweilen bei Gehirnkranken in den verschiedensten Theilen des Körpers vor, bald verbreitet, bald nur auf eine Provinz, oft auf eine Hälfte des Körpers beschränkt. Die verbreiteten Schmerzen, die sich häufig besonders in den Gelenken äussern, ohne dass in diesen die Beweglichkeit gestört wäre, sind beim Beginne acuter Gehirnaffectionen von nicht unbedeutendem diagnostischem Werthe. Die auf eine Provinz des Körpers beschränkten Schmerzen sind mehr chronisch, gehen oft den Paralysen voran, auch tragen sie dazu bei, die Hallucinationen zu steigern und zu unterhalten und sind bei psychischer Alienation eine fortwährende Nahrung für Delirien.

2) Spinale Reflexzufälle sind zuweilen bei tiefem Darniederliegen der Gehirnfunctionen gesteigert, und besonders das Zusammenschreken

mit allen Muskeln auf geringe Sinneseinwirkungen ist ein Symptom, welches man bei gedrüktem Gemüthszustande sehr häufig wahrnimmt.

3) Erkrankungen der Haut des Antlizes und der benachbarten Theile sind bei Gehirnkranken sehr häufig und namentlich einzelne Formen hat man in eine nähere Beziehung zu Hirnleiden gesezt: so die Eczeme des Kopfes und der Ohren, welche jedoch wahrscheinlich mehr von Vernachlässigung, als von einem directen Einflusse der Gehirnkrankheit abhängen; die Blutunterlaufungen des Ohrs, welche ohne Zweifel nur die Folge von Verlezungen durch eigene Ungeschiklichkeit oder durch fremde Misshandlung sind; die Entzündungen der Conjunctiva, welche theils von der Nichtbeachtung localer wiederholter Beschädigungen, theils von dem Zusammenhang der Gefässe des Augs mit den Gefässen des Gehirns herrühren können.

4) Erscheinungen von den Circulationsorganen. Zuweilen ist bei Gehirnkranken eine Neigung zu Herzklopfen vorhanden. Im Durchschnitt ist bei ihnen der Arterienpuls langsam und selbst von abnormer Seltenheit und es kann diess wesentlich zur Diagnose in acuten Fällen mithelfen; aber er ist oft auch unregelmässig und die höchsten Frequenzen des Pulses kommen gerade bei schweren Hirnkrankheiten und vornehmlich beim Herannahen des tödtlichen Ausganges vor, eine solche hohe Frequenz ist daher nicht nur an sich, sondern gerade bei Hirnkranken von besonders übler Prognose.

5) Erscheinungen aus den Respirationsorganen. Die Respiration wird beschwerlich und geräuschvoll, jedoch nicht constant, bei Fällen von schweren und zumal von plözlichen Erkrankungen der Grosshirnlappen (bei Apoplexie, bei Exsudaten auf der Hirnrinde, bei Hydrocephalus, bei weit entwikelten Geschwülsten und überhaupt im Sopor der Hirnkranken); sie ist unter denselben Umständen zuweilen aussezend. Auch bei den die Basis des Gehirns befallenden Affectionen bemerkt man dieselben Störungen der Respiration. Auffallend ist die Häufigkeit von Lungenaffectionen verschiedener Art bei Gehirnkranken, namentlich der Catarrhe, der Lungenapoplexie, der Lungenentzündung, der Lungentuberculose und des bei keiner Art von Individuen so häufig als bei Hirnkranken vorkommenden Lungenbrandes.

6) Erscheinungen aus den Digestionsorganen. Salivation, dike Zungenbelege, aphthöse Affectionen der Mundhöhle, gangränöse Anginen kommen bei schweren Gehirnkrankheiten häufig vor und haben die mannigfachst verschiedene Genese. — Schlingbeschwerden sind bei soporösem Zustande, offenbar durch eine Lähmung des Oesophagus nicht selten. — Hirnkranke haben häufig eine ganz erstaunliche Toleranz für die unverdaulichsten Ingesta und für enorme Mengen derselben. Zwar in acuten Fällen und bei acuten Exacerbationen ist der Magen nicht im Stande, Nahrung zu verdauen; um so mehr aber kann in chronischen und bei stationär gewordenen Zuständen der Magen überwinden. — Ein häufiges und für die Diagnose einer Hirnkrankheit sehr wichtiges Symptom ist das Erbrechen, das man besonders bei Entzündungen des Gehirns, aber auch bei andern Krankheiten desselben zu beobachten pflegt, ohne dass es jedoch für den Siz der Krankheit eine bestimmte Auskunft geben würde. — Ver-

stopfung ist eine der gewöhnlichsten Erscheinungen bei allen Gehirnkranken. Sie pflegt vorhanden zu sein, ehe man noch eine eigentliche Lähmung des Darms annehmen kann, sie nimmt aber, wenn diese sich herzustellen beginnt, in um so hartnäkigerer Weise überhand. — Diarrhoeen sind selten bei Gehirnkranken, ausser in dem späten Stadium chronischer Leiden, in welchem die Diarrhoe gewöhnlich sehr hartnäkig wird und von ausgedehnten Verschwärungen im Colon abhängt, die sich besonders durch die Zurükhaltung der Fäces in Folge der Lähmung der Darmmusculatur zu entwikeln pflegen. — Unter ähnlichen Umständen kommen auch Blutungen aus dem Darme vor, die aber keine weitere Beziehung für die Diagnose des Hirnleidens haben, sondern nur die intensive Hyperämie oder die Verschwärung im Darme anzeigen.

7) Der Harn zeigt sich bei Hirnkranken und besonders bei nervösen Affectionen des Gehirns, zumal in deren Paroxysmen sehr häufig von der Beschaffenheit des sogenannten anämischen Harns, d. h. gehaltlos, wässerig. Ausserdem bemerkt man bei Hirnkranken zuweilen ungewöhnliche Mengen von Phosphaten, eine Zunahme von kleesaurem Kalk. Ueber den Zusammenhang von Diabetes mellitus mit Hirnkrankheiten sind noch weitere Erfahrungen abzuwarten. Die Zurükhaltung des Harns, die bald durch Paralyse, bald durch Vergesslichkeit, bald durch Eigensinn bewirkt wird, ist eine häufige lästige Complication der Hirnkrankheiten. Andererseits ist das Abtröpfeln des Harns und der unwillkürliche Abgang desselben gleichfalls bei Hirnkrankheiten gemein. Catarrhe der Blase, Verschwärungen in ihr, Hypertrophieen der Blasenmusculatur, Pyeliten und diffuse Nierenentzündungen kommen äusserst gewöhnlich bei Gehirnkrankheiten vor.

8) Die Genitalien zeigen fast immer Anomalieen bei Gehirnkranken. In vielen Fällen ist Satyriasis und Nymphomanie vorhanden, und nicht nur bei Geisteskranken, sondern auch in acuten Fällen von Gehirnstörung mit oder ohne anatomische Veränderungen ist fast unablässiges Onaniren bald in willkürlicher, bald in automatischer Weise sehr häufig zu beobachten. In manchen Fällen von Hirnirritation erscheint die Potenz beim männlichen Geschlechte wirklich gesteigert und es gibt Gehirnkranke, welche nur in der Zeit der Exaltationsperiode beischlafsfähig sind. Viele Krankheiten des Gehirns sind bei Männern mit Impotenz verbunden und zwar bald mit irritabler, bald und vornehmlich bei Affectionen, die in der Nähe des Kleinhirns ihren Siz haben, mit frigider Impotenz bei Abwesenheit aller Erectionen. — Menstruationsstörungen treten bei fast allen chronischen Krankheiten des Gehirns der Weiber ein, obwohl dadurch die Conceptionsfähigkeit häufig nicht nothleidet.

9) Die Haut ist bei Hirnkranken, besonders chronischer Art, meist missfarbig, schliech, oft icterisch, zu Ausschlägen, subcutanen Vereiterungen, Geschwüren und Brand geneigt, welch leztere Störungen grossentheils von zahlreichen und wiederholten nicht percipirten örtlichen Beschädigungen herrühren.

EE. Veränderungen in der Beschaffenheit des Blutes, in dem functionellen Habitus des Gesammtkörpers und in der allgemeinen Ernährung.

1) Die **Blutmischung** wird von Gehirnkrankheiten nicht in einer constanten Weise influencirt. Doch gilt als Regel, dass bei ihnen eher Abnahme des Faserstoffs und mindestens nur selten eine erhebliche Zunahme desselben stattfindet, dass im Verlauf acuter und noch mehr bei chronischen Krankheiten oft auf einmal und ohne weitere bekannte Motive sich eine auffällige, selbst hochgradige Anämie mit Verminderung der rothen Blutkörperchen einstellt; dass endlich spontane Gerinnungen des Bluts in den Venen und Neigung zu capillären Hämorrhagieen bei Hirnkranken ziemlich häufig vorkommen.

2) Selbst schwere und sogar acute Hirnkrankheiten verlaufen sehr häufig gänzlich fieberlos oder mit einer höchst geringfügigen Erhöhung der Temperatur. Auch wenn scheinbar heftiges Fieber eintritt, bleibt die Eigenwärme in mässigen Graden (31° R.) und übersteigt nur ausnahmsweise 32°. Das Fieber hat überwiegend den continuirlichen Typus mit schwachen Morgenremissionen oder zeigt unregelmässige Schwankungen. Kritische Beendigungen des Fiebers sind selten, dagegen bei tödtlichem Ausgang eine rasche, fast plözliche, nur 24 Stunden oder wenig darüber vor dem Tode eintretende Verschlimmerung aller Erscheinungen (mit gewaltiger Acceleration des Pulses, der Respiration und paralytischen Symptomen) sehr gewöhnlich. Der Character des Fiebers zeichnet sich durch die Hinneigung zur Prostration und Paralyse aus, mögen heftige Exaltationen vorangehen oder nicht und es nimmt daher, mindestens bei ungünstigem Ausgang, ungewöhnlich zeitig die adynamische torpide Form an. — Mit dem Fieber verbunden oder für sich bestehend gibt sich als Aeusserung der Theilnahme der Gesammtfunctionen häufig eine extreme Gereiztheit zu erkennen, welche selbst in den vom Gehirne unabhängigeren Apparaten durch die Raschheit und Intensität der Reactionen und den Wechsel der Zufälle sich manifestirt, bis sie unter allmäliger Abschwächung der Energie der Effecte im Torpor untergeht.

3) Die **allgemeine Ernährung** zeigt bei Gehirnkranken zuweilen sehr eigenthümliche und in ihren Gründen nicht zu erkennende Modificationen. In acuten Fällen von Gehirnkrankheit fällt namentlich oft die ausserordentlich rasche Abmagerung auf, die, wie fast in keiner andern acuten Krankheit, Fortschritte macht. In chronischen Krankheiten des Gehirns sind häufig selbst schwere Veränderungen sowohl in den Functionen, als in den Gewebsverhältnissen ohne allen nachtheiligen Einfluss auf die Ernährung. Man bemerkt sogar bei manchen Hirnkranken und zwar fast regelmässig in den Fällen, wo eine frühere Aufregung sich beschwichtigt und der Kranke in einen habituellen, aber unheilbaren Zustand verfällt, dass er auffallend an Körperfülle zunimmt. Andererseits zeigt sich in chronischen Krankheiten des Gehirns der verschiedensten Art häufig ohne alle Veranlassung, ohne dass in den sonstigen Verhältnissen des Kranken irgend etwas eine Aenderung anzeigt, ohne dass er den Appetit verliert, auf einmal ein schlechteres Aussehen, es entwikelt sich eine Abnahme der Körperfülle, welche oft in wenigen Wochen oder Monaten bis zum Marasmus fortschreiten kann. Dieses scheinbar unmotivirte Abmagern chronischer Gehirnkranken kann als ein ziemlich sicheres Zeichen des

baldigen tödtlichen Ausgangs angesehen werden, welcher aber darum nicht nothwendig durch eine consumtive Krankheit herbeigeführt werden muss, sondern nicht selten schliesslich durch eine ganz acute, scheinbar mit der Veränderung der Constitution in keinem Zusammenhang stehende Affection (z. B. eine Pneumonie) erfolgt. — Der Zustand der allgemeinen Ernährung hängt überdem in vielen Fällen von der besondern Beschaffenheit der Hirnkrankheit und den sonstigen diese complicirenden Störungen ab und hat in dieser Hinsicht nichts Eigenthümliches (Ernährungsanomalie bei Krebs, Tuberculose, Wassersucht, Herzkrankheiten etc.).

C. Verlauf und Ausgänge.

AA. Der Verlauf der Hirnkrankheiten kann alle die Mannigfaltigkeiten darbieten, welche überhaupt in dem Verlaufe von Erkrankungen sich zu zeigen vermögen. Doch ist manche Eigenthümlichkeit bei den Affectionen jenes Organs zu bemerken, welche zum Theil aus den physiologischen Verhältnissen desselben abgeleitet werden kann, zum Theil nicht näher zu erklären ist, nichtsdestoweniger aber factisch feststeht.

Die Verlaufstypen der Hirnkrankheiten sind:

1) Ein latenter Verlauf einer Hirnaffection ist bei jeder Form geweblicher Störung möglich, sobald sie entweder unbeträchtlich ist und weniger wichtige Theile befällt oder sich höchst langsam ausbildet.

Im lezteren Falle können selbst enorme Veränderungen, wie z. B. verbreitete Exsudationen in den Häuten, Extravasate in den Meningen, reichliche Wasseransammlungen in den Ventrikeln, grosse Abscesse in der Hirnsubstanz, atrophische Stellen in derselben, ziemlich voluminöse Tumoren ohne alle Symptome oder doch mit höchst unbeträchtlichen, in keinem Verhältniss zu der Bedeutung der anatomischen Störung stehenden Erscheinungen vorkommen, lange Zeit, selbst bis zum Tode, ungeahnt sich erhalten und wachsen oder aber erst in später Zeit plözlich oder allmälig Symptome hervorbringen. — Selbst functionelle Störungen können insofern latent sein, als sie wenigstens sich nicht äussern und von dem Kranken, der noch Herrschaft genug über sich hat, mit Erfolg verborgen werden. Wie bei den latenten anatomischen Störungen kann es auch hier geschehen, dass sie plözlich zu einem Ausbruch gelangen, dessen Heftigkeit und Art unerklärlich wäre, wenn nicht eine verborgene Störung denselben längst vorbereitet hätte: so z. B. bei der nicht zwekmässig so benannten Mania sine delirio, bei den plözlichen unwillkürlichen Gewaltthätigkeiten und destructiven Handlungen, wie sie von Individuen begangen werden, welche bis dahin keine Spur einer geistigen Störung verrathen haben, bei dem ebenso plözlich und auf eine geringfügige Veranlassung hervortretenden Deliriumsparoxysmus Schwermüthiger, welche ihre psychischen Leiden bis dahin mit Glük verborgen hatten.

2) Das plözliche Eintreten von Ereignissen, welche von keinen weiteren Processen gefolgt sind und entweder ohne Weiteres oder höchstens in baldiger Erholung von Gesundheit gefolgt sind oder aber schnell tödtlich enden, kommt ohne bekannte anatomische Veränderung, aber auch bei manchen Gewebsstörungen (Riss von Gefässen, Tumoren) bald isolirt, bald neben andern Symptomencomplexen vor, welche sie entweder vorübergehend unterbrechen, ohne auf ihre weitere Entwiklung einen merklichen Einfluss zu üben, oder sie bei tödtlichem Ausgange beschliessen.

3) Der acute stätige Verlauf, der oft acutissime mit dem Tode endet, oft auch subacut sich hinauszieht, ist am ehesten acut sich entwikelnden Gewebsstörungen eigen und kommt ohne solche fast nur nach Einwirkung beträchtlicher Ursachen (Gemüthsaffecte, Intoxicationen, Blutverluste, Erschütterungen) vor.

4) Der stossweise Verlauf mit mehr oder weniger scharf abgegrenzten Stadien ist bei Gehirnkranken sehr gewöhnlich und zeigt sich theils in Fällen, wo diese Verlaufsweise sich nicht anatomisch begründen lässt, theils aber in solchen, bei denen entweder ein zunehmender Druk stattfindet (Exsudationen, Extravasate, Tumoren) oder aber Processe in verschiedenen Theilen des Gehirns auf einander folgen oder auch ein und derselbe Process successiv auf verschiedene Partieen des Organs sich ausbreitet. Es ist diese Verlaufsweise in bemerkenswerther Weise vorhanden bei acuten ekstatischen Formen, bei progressiver psychischer Zerrüttung, in manchen Störungen mit überwiegend motorischen Symptomen, bei vielen toxischen Hirnaffectionen und sie kann sich bei fast allen anatomischen Störungen zeigen. Der Verlauf ist bald acut, bald chronisch.

5) Der chronische stätig progressive Verlauf ist theils bei progressiver psychischer Zerrüttung (wiewohl ziemlich selten durch die ganze Krankheit hindurch) vorhanden, theils bei einzelnen anatomischen Störungen, wie bei Tumoren, Erweichung und chronischen Exsudationen; zeitweise kann er sich bei allen Hirnkrankheiten herstellen.

6) Stationär und in höchst chronischer Weise stellen sich vornehmlich die Zustände psychischer, sensorieller oder motorischer Paralyse dar, sobald sie einen gewissen Grad erreicht haben; unter den anatomischen Störungen sind vornehmlich die Hirndefecte, die erworbene Atrophie, zuweilen die Wassersucht der Hirnhöhlen und auch die Tumoren mit stationären Symptomen verbunden.

7) Es können sich von einem beliebigen Verlaufe Exacerbationen abheben, die von leichten Steigerungen des bisherigen Verlaufs bis zu den heftigsten interponirten Paroxysmen jeden Grad zeigen und zuweilen in ihrem Ausdruke so sehr mit dem vorhergehenden Verlaufe oder Zustande contrastiren, dass sie sich wie eine neue Krankheit ausnehmen.

Diese Exacerbationen sind entweder von der Einwirkung neuer Schädlichkeiten abhängig, und nicht immer ist es möglich, die lezteren namhaft zu machen, oder den Werth gleichzeitiger Einflüsse abzuschäzen und zu berechnen, oder es sind die Exacerbationen in der Art der Erkrankung selbst begründet, nichtsdestoweniger aber, wenigstens zuweilen hervorgerufen durch nachtheilige Einflüsse. Am ausgezeichnetsten sind die Paroxysmen, welche sich in der Form des maniacalischen Furors, in der Form der Convulsionen (Epilepsie), in der Form der Unmacht und der hypnoiden Zustände darstellen, und solche können im Laufe fast jeder Art von Hirnkrankheit sich ereignen, stellen aber bei einzelnen Erkrankungsweisen gerade das characteristische Moment dar.

8) Der Verlauf kann Remissionen zeigen, in welchen sich die Erscheinungen ermässigen, und es gibt keine noch so schwere Gehirnkrankheit, in welcher nicht solche Remissionen stattfinden könnten. Bei manchen Formen sind Remissionen, selbst erheblicher Art, die Regel, und vornehmlich nach stärkeren Exacerbationen und Paroxysmen tritt gewöhnlich ein Zustand der Abschwächung als Remission ein. Die Remissionen fallen bei acuten Krankheiten meistens in die Morgenstunden; bei chronischen bemerkt man häufig, dass gerade die Morgenstunden schlimmere Zufälle darbieten und der Kranke Abends sich besser befindet. Ausserdem treten in chronischen Gehirnkrankheiten die Remissionen in grösseren Zeitlängen ein, oft ohne alle Regel, oft aber an gewisse sonstige Verhältnisse des Organismus (Menstruation, häufigere Stühle, grössere Körperbewegungen etc.) sich anschliessend.

9) Der intermittirende Verlauf ist bei Gehirnkrankheiten seltener, als bei den Affectionen des übrigen Nervensystems; doch kommt er in der ausgezeichnetsten Weise bei manchen derselben vor, namentlich bei der Hypochondrie, bei der psychischen Gereiztheit, bei den ekstatischen Formen, auch bei der progressiven psychischenZerrüttung (intermittirende Melancholie, intermittirende Manie), bei der Epilepsie und andern Krampfformen, bei der Hysterie, und wir sehen dabei, dass die allerschwersten Krankheitszufälle, welche offenbar nicht bei jedem Paroxysmus Folgen einer neuen Ursache und Symptome einer neuen Erkrankung sind, von einem vollkommen normalen Verhalten unterbrochen werden können, um nach kürzerer oder längerer Zeit in derselben Heftigkeit aufs Neue auszubrechen. Diese Intermissionen zeigen selten ein rhythmisches Verhalten, höchstens in annähernder Weise; in den meisten Fällen treten sie regellos ein und die Dauer der Intermissionen ist nach der verschiedenen Krankheitsform und in den einzelnen Fällen höchst verschieden. — Auch bei Gewebsstörungen des Gehirns und seiner Deken kann vollkommene Intermission aller Zufälle eintreten, können sämmtliche Symptome sich verlieren, ohne dass die Gewebsstörung an sich ausgeglichen ist, und später ohne neuen Anlass und ohne Weiterschreiten der anatomischen Störung, oder aber durch neue Veranlassung und durch ein Fortschreiten der geweblichen Veränderungen aufs Neue eintreten.

10) Kann der Verlauf aller Gehirnkrankheiten durch zwischenfallende andersartige Erkrankungen, die mit der ursprünglichen Cerebralstörung in Zusammenhang stehen oder nicht, unterbrochen und modificirt werden, und es geschieht nicht selten, dass dabei eine gegenseitige störende oder fördernde Wechselwirkung zwischen der Cerebralaffection und der extracephalen Krankheit sich bemerken lässt, in der Weise, dass die cerebrale Affection entweder gesteigert oder aber coupirt oder doch suspendirt wird, die extracephale Erkrankung aber bald auffallend symptomenarm auftritt, bald besonders schwere Zufälle zeigt, bald mit grosser Leichtigkeit überstanden wird, bald an Bösartigkeit zunimmt. Auch geschieht es häufig, dass, wenn extracephale Krankheiten während der Intermissionen, nach der scheinbaren oder vollständigen Heilung einer Hirnaffection sich einstellen, mit einem Male die leztere wieder zum Ausbruch kommt oder sich einzelne Symptome derselben im Verlaufe der neuen Erkrankung einstellen oder auch dass in der Reconvalescenz von der lezteren das alte Hirnleiden wieder aufs Neue beginnt.

Die Krankheitsformen, welche vornehmlich im Verlaufe von Hirnstörungen auftreten und von Wichtigkeit sind, sind: Affectionen des Herzens, theils chronische, theils Pericarditen, welche leztere häufig als Terminalaffection eintreten; — Krankheiten der Brust, namentlich Pneumonie (mit oft sehr latentem Verlaufe), Lungengangrän. Tuberculose der Lungen, chronisches und acutes Lungenödem, das sehr häufig tödtlich wird, Lungenemphysem, Pleuritis; — Affectionen der Mund- und Rachenhöhle acuter und chronischer Art, Parotitis, Erysipele des Gesichts, Eczeme der Ohren, Entzündungen und Hämorrhagicen derselben; — chronische Krankheiten des Magens und Darms verschiedener Art, besonders Catarrhe. Ulcerationen, Tuberculose, und Krebs, Dysenterie, multiple Abscesse in der Leber (bei acuten Entzündungen des Gehirns und seiner Häute) und chronische Leberkrankheiten, Peritonitiden; — Krankheiten der Nieren, der Blase und der Genitalien; — chronische Exantheme, Geschwüre vornehmlich an den unteren Extremitäten und ausgebreiteter Drukbrand,

Knochentuberculose und Caries; — Typhus, acuter Gelenkrheumatismus, Scorbut, Wassersucht, Pyämie und putride Infection.

BB. Die Ausgänge der Gehirnkrankheiten können sein:

1) vollständige Genesung, welche aber in allen irgend heftigeren und anhaltenderen Fällen von Gehirnkrankheiten höchst unwahrscheinlich eintritt und nur in leichteren und kürzer dauernden zu hoffen ist, und selbst bei vollendeter Genesung von irgend beträchtlicheren Gehirnkrankheiten bleibt mindestens eine erhöhte Disposition theils zu derselben Krankheitsform, theils zu Hirnaffectionen überhaupt zurük;

2) unvollkommene und täuschende Genesung, welche in den meisten Fällen der Hirnkrankheiten das günstigste Resultat ist, welches man erlangen kann. Sie kann sich darstellen:

a) als ein Verschwinden der Symptome ohne Herstellung der Integrität des Organs. Dieses Schwinden der Symptome ist bald vollkommen, bald annähernd vollkommen und im lezteren Falle bei genauer Aufmerksamkeit irgend eine an die durchgemachte Krankheit erinnernde Eigenthümlichkeit der Functionirungen noch zu bemerken. Es ist das Schwinden der Symptome keine Bürgschaft, dass nicht in jedem Augenblike, auch ohne entsprechende Veranlassung, der Process von Neuem sich entwikle oder selbst ganz unerwartet und fast plözlich die Symptome in aller Heftigkeit sich wieder einstellen;

b) das Zurükbleiben eines Theils der krankhaften Erscheinungen, während der übrige grössere oder kleinere Theil sich verloren hat. Es hängt hier von der Bedeutung der zurükbleibenden Erscheinungen ab, in welchem Grade sich dieses Verhalten einer Genesung nähert;

c) das Zurükbleiben eines mässigeren Grades der Störungen in mehr oder weniger stationärer Weise;

d) das Zurükbleiben habitueller Defecte und localer Anomalieen;

3) der Uebergang in Nachkrankheiten und das Umschlagen in andere Krankheitsformen;

4) der Tod, der erfolgen kann:

a) durch progressive Steigerung der Krankheit,

b) durch ein plözliches Ereigniss, einen Paroxysmus oder eine Exacerbation,

c) durch ein Hinzutreten einer neuen Gehirnerkrankung (Meningitis zu Hirntumoren, Erweichung zu Extravasat und Abscess, Extravasate zu verschiedenartigen andern Affectionen, Ventrikelergüsse zu jeder beliebigen Erkrankung des Gehirns, rasch entstehende Anämie und Hyperämie des Gehirns gleichfalls im Verlaufe fast jeder Krankheitsform),

d) durch Hinzutreten einer extracephalen Erkrankung.

IV. Therapie.

Die Mannigfaltigkeiten des Verlaufs der Hirnkrankheiten bedingen höchst differente Angriffsweisen der Behandlung, und die Mannigfaltigkeiten der Gestaltung und der Symptomencomplexe liefern eine zahlreiche Menge der differentesten Angriffspunkte.

A. Verschiedenheit der Therapie nach dem Verlaufe der Hirnkrankheiten.

1) Bei den plözlichen Zufällen, mit welchen eine Hirnkrankheit beginnen kann oder welche im Verlaufe einer bestehenden auftreten, ist, wenn sie gefährlich erscheinen, zunächst der Vitalindication zu entsprechen; wenn sie als ungefährlich erkannt sind, so sind meist nur erleichternde symptomatische Hilfen nöthig und möglich; doch kann zuweilen durch Eingriffe der Therapie der Zufall beschränkt und gemildert werden und ist mindestens immer dafür zu sorgen, dass nicht durch ungünstige Einwirkungen der an sich ungefährliche und bedeutungslose Zufall eine bedenkliche Steigerung erlange.

Die plözlichen und meist einen erschrekenden Ausdruk zeigenden Zufälle sind bei den Erkrankungen keines Organs so häufig, als bei denen des Gehirns. In nicht wenigen Fällen gehen sie, mag das Individuum vorher schon Krankheitssymptome gezeigt haben oder gesund oder doch ohne Symptome gewesen sein, unaufhaltsam in den Tod über und häufig reicht gar nicht die Zeit dazu, irgend einen wirksamen Eingriff zu machen. Doch kann oft auch der tödtliche Ausgang verhütet und entweder der Zufall in einen ungefährlichen und folgenlosen verwandelt oder doch die augenblikliche Gefahr beseitigt werden, wenn in energischer Weise und augenbliklich Hilfe angewandt wird. Sie besteht hauptsächlich in solchen Mitteln, wodurch eine rasche Einwirkung auf eine wichtige Function und zwar nicht nothwendig des Gehirns selbst hervorgerufen wird: namentlich in allgemeinen Blutentziehungen, in Beförderung der Respiration, in Anwendung von Riechmitteln, peripherischen Hautreizen u. dergl. Immer muss dabei berüksichtigt werden, dass bei solchen Zufällen eine Einführung von Mitteln in den Magen gewöhnlich vergeblich und unmöglich ist und dass mit Versuchen in dieser Hinsicht nur Zeit versäumt wird. — Im Gegensaz zu diesen lebensgefährlichen Zufällen kommen andere vor, welche gleichfalls für den Unkundigen ein beängstigendes und selbst erschrekendes Aussehen haben (wie Unmachten, Krämpfe, Ekstasen, plözlicher maniakalischer Paroxysmus), welche aber notorisch an sich ohne Gefahr sind, in kurzer Zeit von selbst wieder schwinden und kaum eine andere Therapie nöthig machen, als dass man zufälligen Schaden verhindert, alles Beengende und sonst nachtheilig Einwirkende entfernt und höchstens leichte belebende und beruhigende Mittel anwendet, um den Anfall zu kürzen und milder zu machen. Es ist von der grössten Wichtigkeit, diese Zufälle, die mit den gefährlichen der erstern Art in ihrem Ansehen die grösste Aehnlichkeit haben können und oft nur nach den Umständen und den Verhältnissen des Individuums von jenen zu unterscheiden sind, mit raschem Ueberblike in ihrer Gefahrlosigkeit zu erkennen, da starke Eingriffe bei denselben nicht bloss zweklos und unnöthig, sondern geradezu nachtheilig und selbst gefährlich werden können. Es lassen sich aber zur Unterscheidung dieser beiden Reihen von Zufällen mit so höchst differenter Bedeutung keine specielle Vorschriften und Regeln geben, sondern es muss die Berüksichtigung sämmtlicher Verhältnisse, die genaue Kenntniss mit den einzelnen Vorkommnissen und vornehmlich die durch Uebung erlangte Gewandtheit, sich schnell in den Verhältnissen zu orientiren, die Momente liefern, nach welchen man sich in solchen Fällen zu entscheiden hat.

2) Bei den Morbis acutissimis des Gehirns, wenn sie zugleich auf schweren und gefahrdrohenden Verhältnissen beruhen, hat man neben der Berüksichtigung dringender Causalindicationen und unaufschiebbarer symptomatischer Hilfen entweder zu versuchen, durch einen starken Eingriff der Erkrankung eine andere Wendung zu geben oder aber den Verlauf in einen ruhigeren und langsameren zu verwandeln.

Die Morbi acutissimi bilden vornehmlich beim Gehirn das Gebiet für erlaubte heroische Curen, die aber freilich sehr oft einer genügenden Motivirung durch eine exacte Diagnose entbehren und nur im Hinblik auf die Gefahr des Verpassens der Zeit, in der noch allein eine Hilfe möglich ist, gerechtfertigt werden können. Auch in diesen Fällen ist eine rasche Orientirung für die Entscheidung der Frage, ob der Krankheitsfall eine frühzeitige Einwirkung nöthig mache, oder ob bis zur Sicherstellung der Diagnose zugewartet werden dürfe, fast allein von den individuellen Fähigkeiten des Arztes abhängig und wohl durch Uebung und vielseitige Beobachtung zu erwerben, aber nicht durch bestimmte Regeln zu erlernen. Die Mittel,

welche in solchen Fällen zuweilen einen höchst günstigen Einfluss haben, sind je nach der Art des Falls: starke allgemeine und noch mehr örtliche Blutentziehungen, grosse Dosen von narcotischen Mitteln, besonders Opium, starke Drastica. — Weniger gewagt ist der Versuch, durch mildere Einwirkungen die heftige Acuität des Verlaufs zu brechen und ihn in einen langsameren zu verwandeln, wozu theils die gleichen Mittel in geringerer Stärke, theils die Kälte und die sämmtlichen gehirnberuhigenden Mittel in Anwendung kommen können.

3) Acute Fälle von Gehirnkrankheiten sind im Allgemeinen nach den Regeln anderer acuter Krankheiten zu behandeln, wobei jedoch auf eine spontane Ausgleichung weniger gerechnet werden darf und eher durch eine directe und nicht zu zögernde Einwirkung dem Processe entgegenzuwirken und seine Entwiklung zu hemmen ist.

Schon die Störungen und Suspensionen der Functionirung des Organs, wenn sie einen zu hohen Grad erreichen oder zu anhaltend sind, können für das ganze künftige Gehirnleben von dem nachtheiligsten Einflusse bleiben. Aber noch viel mehr ist die Exsudation und jede andere gewebliche Veränderung beim Gehirn nicht bloss eine vorübergehende und wieder ausgleichbare Störung, wie das in so vielen andern Organen wenigstens möglich ist, sondern es bleiben fast von jeder Exsudation Reste zurük, welche bei der zarten Organisation des Gehirns von dem unberechenbarsten Einfluss auf die künftigen Functionen werden können, und selten gleicht sich eine entstandene Gewebsveränderung so aus, dass die Thätigkeiten des Organs zur früheren Integrität zurükkehren. Es ist daher nicht wie in so vielen Fällen in der Lunge, im Darm, in einer serösen Haut u. dergl. mit der stattgehabten Exsudation die Gefährlichkeit und der Einfluss auf die Functionsstörungen gebrochen, sondern der Druk auf das Organ und die Gefahr für dasselbe nehmen in gleicher Proportion mit der Masse des Exsudats zu. Daher hat man zu trachten, jeden geweblichen Process im Gehirn so früh als möglich zum Stillstand zu bringen und die exspectative Methode ist desshalb in acuten Gehirnkrankheiten nur dann erlaubt, wenn in keiner Weise direct auf den Process einzuwirken ist.

4) Die chronischen Krankheiten des Gehirns liefern das weiteste Gebiet für die Behandlung, freilich auch für fruchtlose und wenig motivirte therapeutische Versuche. Je nach den Umständen des Falls und den angenommenen functionellen und anatomischen Störungen kann man sich bei ihnen die Aufgabe stellen:

a) zu heilen, d. h. die Integrität des erkrankten Theils wieder herzustellen, wonach aber selbst im besten Fall eine ziemliche Gefahr der Recidive zurükbleibt und eine sorgfältige Vermeidung der früheren Ursachen der Erkrankung und sonstiger Schädlichkeiten auch nach der Herstellung geboten ist;

b) die Symptome verschwinden zu machen und somit in functioneller Hinsicht die Norm der Verhältnisse zurükzuführen, während man darauf verzichtet, die latenten Dispositionen zu tilgen und die anatomischen Veränderungen zu heben: in diesen Fällen ist die Gefahr der Recidiven noch weit grösser und muss die Umsicht in der Nachpflege noch scrupulöser sein;

c) den Zustand nach Möglichkeit zu verbessern;

d) eine Verschlimmerung nach jeder Beziehung, ein tieferes Versinken, sowie den tödtlichen Ausgang nach Möglichkeit hinauszuschieben, was bei chronischen Gehirnkranken eine sehr oft allein übrigbleibende und troz des gering scheinenden Erfolgs umfassende und höchst wichtige Aufgabe ist;

e) gegen einzelne Beschwerden, Symptome und Complicationen die entsprechenden Hilfen zu geben.

Die Herstellung der Integrität, die ideale Aufgabe der Therapie, lässt sich bei chronischen Hirnkrankheiten im Durchschnitt viel seltener realisiren, als bei langwierigen Erkrankungen der meisten andern Organe, es sei denn, dass die Affection eine nur unbeträchtliche Störung war. Nach zahlreichen sogenannten Heilungen chronischer Hirnkrankheiten lässt sich bei einiger Aufmerksamkeit die fortdauernde Anomalie des Verhaltens nicht verkennen und viele andere scheinbare Heilungen sind nichts als Intermissionen der Symptome. Aber auch in den Fällen, wo eine Heilung so vollkommen als irgend möglich erfolgt, bleibt eine erhöhte Disposition zu neuer ähnlicher oder andersartiger Erkrankung des Organs zurük, und die prophylactischen Vorsichtsmaassregeln, welche von dem niemals hirnkrank Gewesenen gewöhnlich nur auf die gröbsten Schädlichkeiten beschränkt werden, müssen nach einer abgelaufenen Gehirnkrankheit bis ins Einzelnste und in der strengsten Weise durchgeführt werden. — Das Verschwinden der Symptome troz der in der That fortbestehenden Krankheit, ja selbst troz bedeutender anatomischer Veränderungen im Gehirn kommt bei den chronischen Krankheiten dieses Organs nicht selten spontan zustande und ist in den Fällen, wo keine Herstellung erreicht werden kann, immer ein wünschenswerthes Ziel, indem hiedurch der Kranke zwar nur in den Schein von Gesundheit versezt wird, aber doch das Gefühl des Wohlbefindens und zu allen Functionirungen wieder die Fähigkeit erhält. Es ist selbst zu hoffen, dass, wenn der latente Zustand der Störung lange erhalten wird, die Veränderungen im Gehirn selbst nach und nach aufhören, sich weiter zu entwikeln, Rükbildungsprocesse eingehen und sich ausgleichen. Am einsichtlichsten wird der Vortheil der Unterdrükung der Symptome in den Fällen, wo schwere Functionsstörungen des Gehirns das einzige objective Zeichen der Krankheit darstellen, z. B. bei Geistesstörungen, bei Hysterie, bei Epilepsie, und man kann sich oft nach schliesslich erfolgtem Tode überzeugen, dass anatomische Veränderungen, welche offenbar den einstigen Functionsstörungen zu Grunde lagen, fortbestanden, trozdem dass die lezteren beseitigt wurden; selbst sehr grobe Veränderungen im Gehirn (Abscesse, Tumoren) können in solcher Weise vollkommen latent werden. Freilich muss in Fällen, wo man nur ein Schwinden der Symptome ohne Beseitigung der wesentlichen Störung anzunehmen Grund hat, die Sorgfalt in Abhaltung von Schädlichkeiten und die prophylactische Berüksichtigung aller irgend nachtheiligen Einflüsse und Beziehungen noch umfassender und unausgesezter sein. — Wo auch das Verschwinden der Symptome nicht zustandezubringen ist, kann man wenigstens trachten, die ganze Gestaltung des Zustandes zu verbessern und es kann das oft bei ganz incurabeln Krankheiten mit der Zeit in einem hohen Grade gelingen: wenn wir z. B. auch nicht im Stande sind, nach einem entstandenen Extravasate im Gehirn, bei einem angeborenen Hydrocephalus den normalen Zustand herzustellen, so kann die Lähmung im ersteren Falle durch zwekmässige Einwirkungen oft bis auf eine geringe Unbequemlichkeit reducirt werden und kann im zweiten Falle die Entwiklung der Gehirnfunctionen troz des verbleibenden Wassers eine ziemlich befriedigende werden. Ganz besonders aber lässt sich bei sogenannten Geisteskranken, deren Gehirnfunctionen niemals mehr zur Integrität zurükzuführen sind, durch methodische Einflüsse eine gewisse Harmonie der Thätigkeiten wieder zuwegebringen, welche das Individuum wenigstens zu einem nicht störenden und ungefährlichen, ja selbst bis zu einem gewissen Grade nüzlichen Gliede eines engeren Kreises machen. — In Fällen, wo alle Aussicht auf Heilung, auf Unterdrükung der Symptome, ja selbst auf Besserung verloren ist, bleibt es eine nicht zu vernachlässigende Aufgabe, das tiefere Versinken des Kranken, das, wenn er sich selbst überlassen ist, unfehlbar und rasch eintritt, zu verhindern und hinauszuschieben, das Weiterschreiten des Processes nach Möglichkeit zu hemmen und den Tod so lange als thunlich abzuhalten. Gerade bei chronischen Hirnkranken ist eine Fristung des Zustandes, der nicht mehr geändert werden kann, oft sehr lange möglich und es geschieht dabei, dass oft noch nach langer Zeit unerwartete Besserungen sich einstellen. — Die Behandlung besonderer Symptome, Beschwerden und Complicationen ist bei chronischen Gehirnkranken im selben Maasse möglich, wie bei allen lentescirenden Erkrankungen; nur sind bei ihnen im Allgemeinen die zu nehmenden Rüksichten mannigfaltiger und wechselnder: es muss theils eine vielseitigere Aufmerksamkeit, theils bei dem oft so ungemein langdauernden Verlaufe eine unermüdliche Consequenz in Anwendung kommen.

B. Die Art der Indicationen bei Gehirnkranken kann unter dieselben Categorieen gebracht werden, wie die bei allen andern Affectionen:

1) Die Causalindication bezieht sich nicht bloss auf alle die Ver-

hältnisse, welche bei der Hervorbringung der Krankheit mitgewirkt haben, sondern auch auf alle die, welche sie zu steigern und ihren Uebergang in Genesung und Besserung aufzuhalten vermögen, und dieser leztere Theil der Causalindication ist in den meisten Fällen der wichtigere und umfassendere.

Es handelt sich bei Hirnkranken meist nicht darum, Dinge und Einflüsse, welche schädlich wirken können, überhaupt abzuhalten, sondern den Grad der Einwirkung derselben den Umständen nach zu modificiren. Was nämlich bei plözlicher oder anhaltender oder intensiver Einwirkung eine grosse Schädlichkeit werden kann, ist bei milder und vorübergehender oft geradezu nüzlich, und die absolute Abhaltung gewisser Einwirkungen kann ebenso nachtheilig sein, als die Zulassung zu intensiver. So ist für viele Hirnkranke die gänzliche Dunkelheit fast ebenso schlimm, wie ein grelles Licht, und die Unthätigkeit des Gehirns nach der Seite der Vorstellungen ebenso ungünstig, als eine Anstrengung. Es kann hier nicht durchaus nach allgemeinen Regeln verfahren werden, sondern nach den Erfahrungen des Einzelfalls, indem eine Einwirkung oder ein Einwirkungsgrad, sobald er unangenehme oder nachtheilige Folgen zu haben anfängt, sofort vermieden werden muss, wobei es jedoch der Ueberlegung anheimgestellt ist, ob nicht die momentane Annehmlichkeit einer Einwirkung nur ein scheinbarer Vortheil, die momentane Widerwärtigkeit ein scheinbarer Nachtheil sei und später und in den Folgen in das Gegentheil umschlagen werde. Im Allgemeinen darf bei acuten, zumal schweren Gehirnkrankheiten die Abhaltung der Einwirkungen eher zu streng, als zu lässig sein; bei chronischen ist eine genaue Anpassung an die individuellen Dispositionen viel nothwendiger und kann zuweilen so schwierig zu regeln sein, dass sie in Privatverhältnissen gar nicht durchzuführen, sondern nur in einem geordneten und zu dem bestimmten Zweck eingerichteten Institute zu erlangen ist.

Mit besonderer Aufmerksamkeit ist in Betreff der Causalindication und der Abhaltung schädlicher Einflüsse bei Gehirnkranken vornehmlich auf folgende Verhältnisse zu achten:

Licht und Geräusch;

die den Kopf treffende Wärme (Zimmertemperatur, Kopfbedekung), welche bei den meisten Gehirnkranken zu beschränken ist;

mechanische Einflüsse und die Verhältnisse der Blutcirculation im Gehirn, in welcher Hinsicht vornehmlich in den Fällen, wo eine Geneigtheit zu Hyperämieen des Gehirns besteht, nicht streng genug gesorgt werden kann (Vermeidung tiefer Lage des Kopfs, enger Halsbinden, Vermeidung von Erschütterung, Beseitigung von Geschwülsten und andern Störungen, welche den Rükfluss des Bluts aus dem Kopfe hemmen);

die Functionirung des Gehirns selbst, in welcher Beziehung die umfassendsten Maassregeln zu treffen sind, um unangemessene Functionsausübungen zu verhüten und zu beschränken und an ihre Stelle solche zu sezen, welche für den individuellen Fall passend erscheinen; in chronischen Fällen unter Benuzung der Wirkung der Gewöhnung die leztere allmälig spontan zu machen;

die nachtheiligen Einflüsse anderer Organe, unter welchen besonders die Störungen des Magens, die Verstopfung, die Anomalieen der Genitalien und ihrer Functionen, die Störungen der Menstruation bemerkt werden müssen;

die Ingestionen nach Menge und Qualität: unter denen vornehmlich alle diejenigen zu vermeiden sind, welche in dem speciellen Falle einen notorisch ungünstigen Einfluss auf den Zustand des Gehirns haben;

die Beschaffenheit der Constitution, in welcher Hinsicht nicht bloss entschiedene Constitutionserkrankungen zu beseitigen, zu mildern sind, sondern überhaupt auf eine günstigere Gestaltung derselben durch gute Luft, Bewegung etc. zu wirken ist.

2) Die essentielle Indication, welche gegen die wesentliche Störung im Gehirn gerichtet ist, lässt sich nur in Fällen, wo eine annähernd richtige Diagnose wenigstens eines Theils der Störungen möglich und gemacht ist, verfolgen. Die Methoden und Mittel, um dieser Indication zu entsprechen, sind zwar im Allgemeinen und vielfach dieselben wie bei den Erkrankungen anderer Organe, jedoch gibt die Eigenthümlichkeit der Verhältnisse des Gehirns zu manchen nothwendigen Modificationen Veran-

lassung. — Die Methoden, auf den Process im Gehirn selbst zu wirken, können folgende sein:

a) Verminderung des Blutgehalts des Gehirns, welche erreicht werden kann: durch hohe Lage des Kopfs, durch Venaesection, durch örtliche Blutentziehungen, durch capillare Blutentziehungen an fernen Theilen, durch Druk auf den Kopf, durch Druk auf die zuführenden Gefässe, durch Kälte, durch trokene Schröpfköpfe, durch Hautreize, durch Drastica und Clysmata, durch entziehende Diät.

Die blutvermindernden Methoden können zunächst da in Gebrauch gezogen werden, wo die Diagnose einer Hyperämie des Gehirns oder der Hirnhäute festgestellt oder wahrscheinlich ist, wobei übrigens einerseits die Hyperämie nicht nothwendig die ganze Störung darzustellen braucht, sondern auch bei gleichzeitigen andern Veränderungen eine örtliche Blutverminderung indiciren kann (z. B. bei Apoplexie, Exsudationen, Tumoren); andererseits ist aber eine örtliche Blutüberfüllung, wenn sie als eine mit Wahrscheinlichkeit rasch vorübergehende angesehen werden muss, nicht sofort durch blutvermindernde Methoden zu behandeln, es sei denn, dass sie durch ihre Intensität oder aus andern Gründen gefahrdrohend wird. — Aber nicht bloss bei wirklicher Blutüberfüllung des Gehirns sind blutvermindernde Mittel nüzlich, sondern sie heben zuweilen auch die Beschwerden in Fällen, wo das Gehirn oder der ganze Körper habituell anämisch sind, nur müssen sie in solchen Fällen in sehr geringem Maasse angewandt werden und scheinen eine nachherige vollkommenere Circulation des Bluts in dem Theile zu begünstigen (z. B. bei dem Kopfschmerz, den Delirien Anämischer). Es versteht sich, dass sie in solchen Fällen nur unter Berüksichtigung und nur nach umsichtiger Ueberlegung der besonderen Verhältnisse in Anwendung gebracht werden können.

Die erhöhte Lagerung des Kopfes ist das einfachste Mittel, das Blut im Gehirn zu vermindern; sie unterstüzt die übrigen Methoden, kann aber für sich nur in mässigen Fällen ausreichen.

Die Venaesection ist bei Gehirnkranken im Allgemeinen ein selten angewandtes Mittel, indem, soviel es scheint, eine innerhalb erlaubter Grenzen vorgenommene allgemeine Blutentziehung fast nur in den Fällen eines allgemein plethorischen Zustandes eine erhebliche Verminderung der Blutmenge im Gehirn hervorzubringen vermag, ausserdem aber sehr oft von nachtheiligen Folgen auf den weiteren Verlauf der Krankheit ist und daher nur mit sorgsamer Rüksicht auf die besonderen Verhältnisse des Individuums in Gebrauch gezogen werden darf; namentlich ist sie zu vermeiden in den Fällen, wo die Gehirnkrankheit von Alcoolmissbrauch abhängt oder damit complicirt ist, in allen Fällen, wo Anämie bereits eingetreten ist oder der wahrscheinlichen Dauer der Krankheit wegen droht, bei allen Individuen endlich von grosser psychischer oder nervöser Reizbarkeit, welche fast immer durch eine allgemeine Blutentziehung nachtheilig influencirt werden. Das Oeffnen der Jugularis ist nur in seltenen besonderen Fällen in Anwendung zu bringen.

Die örtliche Blutentziehung am Kopfe ist von der entschiedensten Wirksamkeit auf den Blutgehalt des Schädelinhalts, wenn sie energisch genug angewandt wird, während eine sehr geringe Blutentziehung am Kopfe zwar auch eine augenblikliche Erleichterung des Gehirns hervorrufen kann, aber meist nachträglich von einer um so grösseren Ueberladung mit Blut gefolgt ist, zumal wenn pathologische Ursachen für Hirnhyperämie bestehen. In mässigen Fällen kann bei einem Erwachsenen eine örtliche Blutentziehung durch ungefähr 6—8 Blutegel oder Schröpfköpfe schon eine dauernde Erleichterung des Gehirns bewerkstelligen; in schweren Fällen, wo die Gefahr von der Hirnhyperämie oder ihren directen Folgen abhängt, müssen, besonders wenn keine Zeit verloren werden darf, 20—40 Blutegel gesezt werden und ist meist eine Wiederholung derselben nöthig. Sehr vortheilhaft ist es oft und namentlich für zweifelhafte Fälle passend, eine continuirliche Blutentziehung durch successives Sezen kleinerer Mengen von Blutegeln während ein- bis zweimal 24 Stunden zu unterhalten, wodurch zugleich einem etwa eintretenden unerwarteten Nachtheile des Blutverlustes zeitig Einhalt gethan werden kann. Auch kann in zweifelhaften Fällen eine kleinere örtliche Blutentziehung probeweise vorausgeschikt und aus ihrem Erfolge die Indication für ihre Wiederholung entnommen werden.

Capilläre Blutentziehungen an fernen Theilen, z. B. in der Aftergegend, an den unteren Extremitäten, wirken vornehmlich in solchen Fällen, wo die Gehirnhyperämie mit Affectionen der Unterleibsorgane zusammenhängt, doch auch zuweilen

in andern auffallend günstig, obwohl die Momente, nach denen sie der Blutentziehung am Kopfe vorzuziehen sind, nicht mit Exactheit festgestellt werden können.

Ein Druk auf den Kopf ist meist nur als Beihilfsmittel und auch das mehr ausnahmsweise zu benüzen; doch pflegen bei mässigen Hyperämieen des Gehirns die Kranken von einem festen Druke auf den Kopf nicht selten Erleichterung zu bemerken.

Die Compression der Carotiden ist ein ungewöhnliches Verfahren, das höchstens in besonderen Fällen gestattet sein könnte.

Die Anwendung der Kälte auf den Schädel ist nächst der örtlichen Blutentziehung das sicherste Mittel, die Blutüberfüllung des Gehirns zu vermindern, und es genügt in leichteren Fällen schon die Anwendung von Ueberschlägen mit kaltem Wasser, während durch anhaltende Eisüberschläge auf den rasirten Kopf eine sehr intensive blutvermindernde Wirkung bewerkstelligt werden kann.

Trokene Schröpfköpfe von grossem Volumen auf die unteren Extremitäten gesezt oder noch besser der Junod'sche Stiefel sind energische Mittel, die Blutüberfüllungen im Gehirn zu vermindern, vornehmlich in solchen Fällen, wo man die örtliche Blutentziehung und die Anwendung der Kälte scheut oder ihre Wirksamkeit noch erheblich steigern will. Der Gebrauch dieser Methode wird nur durch ihre Umständlichkeit vielfach beschränkt.

Hautreize, vornehmlich solche, welche auf die unteren Extremitäten applicirt werden, haben eine ähnliche Wirkung und sind von leichterer Anwendbarkeit: sie sind ganz vortrefflich theils als Beihilfsmittel, theils bei geringfügigeren Zuständen und werden vornehmlich mittelst warmer Ueberschläge, Senfcataplasmen, geschärfter Fussbäder in Anwendung gebracht.

Drastica und Clysmata haben eine ähnliche Wirkung wie die Hautreize und noch den Vortheil, Ueberfüllungen des Darms, welche so häufig bei der Entstehung der Hirnhyperämieen mitwirken, zu beseitigen. Es ist dabei am vortheilhaftesten, zu den Purganzen der reizenderen Mittel, wie der Jalape, der Aloë, der Coloquinten etc. sich zu bedienen. Zu Klystiren kann theils kaltes Wasser verwandt, theils aber können reizende Ingredienzen: Essig, Salz, Ricinusöl, Crotonöl genommen werden, je nachdem die individuellen Verhältnisse gestaltet sind.

Die entziehende Diät hat nur eine mässige und langsame Einwirkung auf Verminderung des Bluts im Gehirn und sie dient mehr in der Weise als Beihilfsmittel, als dadurch alle reizenden und Congestionen machenden Incorporationen vermieden werden.

b) Beruhigung exaltirter Functionirung des Gehirns durch: körperliche Ruhe, milde Beschäftigung, Herbeiführung von Schlaf, milde Salze und Säuren, narcotische und verwandte Mittel, einige sogenannte Nervina (Moschus, Castoreum, Baldrian, Asa foetida, Bernsteinsäure, die empyreumatischen Substanzen, Rad. Sumbul); durch das Zink, durch Antimonpräparate und andere emetisch wirkende Mittel; durch das laue und kühle Bad, das Regenbad und die kalte Ueberrieselung.

Die Anwendung der beruhigenden Methode sezt eine Irritationsform des Gehirns voraus, mag leztere für sich allein bestehen oder auch andere gewebliche Störungen begleiten. Durch Beseitigung der Irritation wird im lezteren Falle zwar nur ein Moment entfernt, aber gerade dasjenige, welches der Ausgleichung der übrigen Störungen am hinderlichsten ist.

Körperliche Ruhe, Bettliegen, Vermeidung des Sprechens, Abwesenheit aller erregenden Sinneseindrüke und aller Muskelthätigkeit ist zwar für höhere Grade von Cerebralirritation für sich ungenügend, unterstüzt aber in den meisten Fällen die Wirkung der übrigen beruhigenden Mittel und kann in gelinderen Fällen allein zureichen.

Milde Beschäftigung, sowohl körperliche als geistige, eignet sich nur für sehr geringe cerebrale Irritationen, zumal solche, welche eine längere Dauer haben.

Der Schlaf beruhigt mehr als irgend etwas Anderes das irritirte Gehirn und leichtere oder schwerere Zufälle der Cerebralirritation pflegen oft nach einem anhaltenden Schlafe vollkommen zu verschwinden. Allein es gelingt meist nur in mässigeren Fällen, den Schlaf auf eine milde Weise herbeizuführen, während in schwereren die dazu nöthigen Mittel oft dem wesentlichen Zustande selbst nachtheilig sind.

Milde Salze und Säuren (kohlensaure, essigsaure, weinsaure Salze, Nitrum, ferner Limonade, Kohlensäure, Brausepulver, verdünnte Mineralsäuren u. dergl.) wirken,

wenn auch nicht energisch, doch unterstützend und in milderen Fällen genügend, um die cerebrale Irritation zu ermässigen.

Die narcotischen Mittel können entweder in schlafmachender und betäubender Wirkung zur Anwendung kommen, wozu das Morphium, sowie die Inhalationen von Aether und Chloroform benützt werden können, wobei jedoch des möglichen Schadens wegen den besonderen Umständen Rechnung zu tragen ist; oder aber in nur mild beruhigender Weise, wozu theils die Opiate in kleinen Dosen, ebenso der Aether und die verwandten Substanzen, aber auch fast alle andere Narcotica benützt werden können; besonders sind zu lezterem Zweke die Aq. laurocerasi, die Digitalis, der Tabak, das Stramonium in mannigfaltigen Anwendungsweisen zu gebrauchen, und selbst der Wein kann in einzelnen individuellen Fällen eine ähnliche beruhigende Wirkung üben.

Die sogenannten Nervina sind Mittel, welche bei manchen Kranken mit cerebraler Irritation eine auffallend beruhigende Wirkung auf das Gehirn haben, während sie für Andere nuzlos oder selbst nachtheilig sind; besonders ist eine günstige Wirkung dieser Mittel bei gewissen Formen der Gehirnstörung weiblicher Individuen und entkräfteter, reconvalescirender Subjecte zu bemerken.

Das Zink scheint eine uns freilich ganz undurchsichtige Wirkung auf gewisse von Irritation abhängende Hirnphänomene zu haben und wird am häufigsten bei Cerebralirritation des kindlichen Alters, aber mit Vortheil auch unter andern Umständen (Krämpfen) gereicht.

Die Antimonpräparate und andere emetisch wirkende Mittel bringen nicht nur in brechenerregender Dose, sondern auch schon in nauseoser eine allgemeine Erschlaffung hervor, durch welche häufig Gehirnirritationen beruhigt werden. Am meisten bemerkt man das bei Irritation in der psychischen Sphäre, wo durch anhaltende Anwendung von nauseosen Mitteln sehr oft eine sichtliche Herabstimmung und Beruhigung der psychischen Affectionen erreicht wird.

c) Die reizende und erregende Methode, welche theils durch Ingestionen in den Magen, theils durch Wirkungen auf die Schleimhaut der Nase, auf die äussere Haut erreicht werden kann und wozu vornehmlich benüzt werden: Wein und Aether, Arnica, Campher, Moschus, Phosphor, die Niessmittel und scharfen Gerüche, die verschiedenen Hautreize, ferner kalte Begiessungen, die Dampfdouche, endlich die Electricität.

Die Anwendung der reizenden Mittel muss bei Gehirnkranken immer mit grosser Vorsicht geschehen, da sehr häufig ein Zustand den Ausdruk der Paralyse hat, während nur die Aeusserungen der Functionen gehemmt und unterdrükt sind. Die reizenden Mittel dienen vornehmlich theils bei uncomplicirten Schwächezuständen, theils als Vitalindication im Falle raschen Sinkens der Hirnfunctionen, theils in Fällen gänzlicher Suspension der Hirnthätigkeiten, theils endlich zur längeren Erhaltung des Lebens und eines leidlichen Zustandes in unheilbaren Fällen: doch können sie mit Vorsicht andern Behandlungsmethoden interponirt und mit ihnen combinirt werden, was jedoch erst bei den speciellen Formen besprochen werden kann.

d) Die tonische Methode. Es ist zweifelhaft, ob es Mittel gibt, die Gehirnfunctionen anders als dureh angemessene Uebung zu stärken, und die als tonische Hirnmittel angegebenen Substanzen wirken entweder als vorübergehend reizende Mittel (Wein u. dergl.), oder sie wirken auf die Gesammtconstitution und damit freilich auch auf das Gehirn (Eisen, Chinin).

e) Resorptionsbefördernde Mittel, entweder solche, welche die Darmsecretion vermehren (besonders Calomel), oder solche, welche durch die vermehrte Nierensecretion wirken (die verschiedenen Diuretica), oder allgemein resorbirende Mittel (die Jodpräparate, die Queksilberpräparate, der Salmiak, vielleicht auch der Arsen), oder endlich die Fontanelle, die Moxen, das Glüheisen.

3) Die symptomatische Indication tritt bei Gehirnkrankheiten

in andern auffallend günstig, obwohl die Momente, nach denen sie der Blutentziehung am Kopfe vorzuziehen sind, nicht mit Exactheit festgestellt werden können.

Ein Druk auf den Kopf ist meist nur als Beihilfsmittel und auch das mehr ausnahmsweise zu benüzen; doch pflegen bei mässigen Hyperämieen des Gehirns die Kranken von einem festen Druke auf den Kopf nicht selten Erleichterung zu bemerken.

Die Compression der Carotiden ist ein ungewöhnliches Verfahren, das höchstens in besonderen Fällen gestattet sein könnte.

Die Anwendung der Kälte auf den Schädel ist nächst der örtlichen Blutentziehung das sicherste Mittel, die Blutüberfüllung des Gehirns zu vermindern, und es genügt in leichteren Fällen schon die Anwendung von Ueberschlägen mit kaltem Wasser, während durch anhaltende Eisüberschläge auf den rasirten Kopf eine sehr intensive blutvermindernde Wirkung bewerkstelligt werden kann.

Trokene Schröpfköpfe von grossem Volumen auf die unteren Extremitäten gesezt oder noch besser der Junod'sche Stiefel sind energische Mittel, die Blutüberfüllungen im Gehirn zu vermindern, vornehmlich in solchen Fällen, wo man die örtliche Blutentziehung und die Anwendung der Kälte scheut oder ihre Wirksamkeit noch erheblich steigern will. Der Gebrauch dieser Methode wird nur durch ihre Umständlichkeit vielfach beschränkt.

Hautreize, vornehmlich solche, welche auf die unteren Extremitäten applicirt werden, haben eine ähnliche Wirkung und sind von leichterer Anwendbarkeit; sie sind ganz vortrefflich theils als Beihilfsmittel, theils bei geringfügigeren Zuständen und werden vornehmlich mittelst warmer Ueberschläge, Senfcataplasmen, geschärfter Fussbäder in Anwendung gebracht.

Drastica und Clysmata haben eine ähnliche Wirkung wie die Hautreize und noch den Vortheil, Ueberfüllungen des Darms, welche so häufig bei der Entstehung der Hirnhyperämieen mitwirken, zu beseitigen. Es ist dabei am vortheilhaftesten, zu den Purganzen der reizenderen Mittel, wie der Jalape, der Aloë, der Coloquinten etc. sich zu bedienen. Zu Klystiren kann theils kaltes Wasser verwandt, theils aber können reizende Ingredienzen: Essig, Salz, Ricinusöl, Crotonöl genommen werden, je nachdem die individuellen Verhältnisse gestaltet sind.

Die entziehende Diät hat nur eine mässige und langsame Einwirkung auf Verminderung des Bluts im Gehirn und sie dient mehr in der Weise als Beihilfsmittel, als dadurch alle reizenden und Congestionen machenden Incorporationen vermieden werden.

b) Beruhigung exaltirter Functionirung des Gehirns durch: körperliche Ruhe, milde Beschäftigung, Herbeiführung von Schlaf, milde Salze und Säuren, narcotische und verwandte Mittel, einige sogenannte Nervina (Moschus, Castoreum, Baldrian, Asa foetida, Bernsteinsäure, die empyreumatischen Substanzen, Rad. Sumbul); durch das Zink, durch Antimonpräparate und andere emetisch wirkende Mittel; durch das laue und kühle Bad, das Regenbad und die kalte Ueberrieselung.

Die Anwendung der beruhigenden Methode sezt eine Irritationsform des Gehirns voraus, mag leztere für sich allein bestehen oder auch andere geweblíche Störungen begleiten. Durch Beseitigung der Irritation wird im lezteren Falle zwar nur ein Moment entfernt, aber gerade dasjenige, welches der Ausgleichung der übrigen Störungen am hinderlichsten ist.

Körperliche Ruhe, Bettliegen, Vermeidung des Sprechens, Abwesenheit aller erregenden Sinneseindrüke und aller Muskelthätigkeit ist zwar für höhere Grade von Cerebralirritation für sich ungenügend, unterstüzt aber in den meisten Fällen die Wirkung der übrigen beruhigenden Mittel und kann in gelinderen Fällen allein zureichen.

Milde Beschäftigung, sowohl körperliche als geistige, eignet sich nur für sehr geringe cerebrale Irritationen, zumal solche, welche eine längere Dauer haben.

Der Schlaf beruhigt mehr als irgend etwas Anderes das irritirte Gehirn und leichtere oder schwerere Zufälle der Cerebralirritation pflegen oft nach einem anhaltenden Schlafe vollkommen zu verschwinden. Allein es gelingt meist nur in mässigeren Fällen, den Schlaf auf eine milde Weise herbeizuführen, während in schwereren die dazu nöthigen Mittel oft dem wesentlichen Zustande selbst nachtheilig sind.

Milde Salze und Säuren (kohlensaure, essigsaure, weinsaure Salze, Nitrum, ferner Limonade, Kohlensäure, Brausepulver, verdünnte Mineralsäuren u. dergl.) wirken,

wenn auch nicht energisch, doch unterstützend und in milderen Fällen genügend, um die cerebrale Irritation zu ermässigen.

Die narcotischen Mittel können entweder in schlafmachender und betäubender Wirkung zur Anwendung kommen, wozu das Morphium, sowie die Inhalationen von Aether und Chloroform benüzt werden können, wobei jedoch des möglichen Schadens wegen den besonderen Umständen Rechnung zu tragen ist; oder aber in nur mild beruhigender Weise, wozu theils die Opiate in kleinen Dosen, ebenso der Aether und die verwandten Substanzen, aber auch fast alle andere Narcotica benüzt werden können; besonders sind zu lezterem Zweke die Aq. laurocerasi, die Digitalis, der Tabak, das Stramonium in mannigfaltigen Anwendungsweisen zu gebrauchen, und selbst der Wein kann in einzelnen individuellen Fällen eine ähnliche beruhigende Wirkung üben.

Die sogenannten Nervina sind Mittel, welche bei manchen Kranken mit cerebraler Irritation eine auffallend beruhigende Wirkung auf das Gehirn haben, während sie für Andere nuzlos oder selbst nachtheilig sind; besonders ist eine günstige Wirkung dieser Mittel bei gewissen Formen der Gehirnstörung weiblicher Individuen und entkräfteter, reconvalescirender Subjecte zu bemerken.

Das Zink scheint eine uns freilich ganz undurchsichtige Wirkung auf gewisse von Irritation abhängende Hirnphänomene zu haben und wird am häufigsten bei Cerebralirritation des kindlichen Alters, aber mit Vortheil auch unter andern Umständen (Krämpfen) gereicht.

Die Antimonpräparate und andere emetisch wirkende Mittel bringen nicht nur in brechenerregender Dose, sondern auch schon in nauseoser eine allgemeine Erschlaffung hervor, durch welche häufig Gehirnirritationen beruhigt werden. Am meisten bemerkt man das bei Irritation in der psychischen Sphäre, wo durch anhaltende Anwendung von nauseosen Mitteln sehr oft eine sichtliche Herabstimmung und Beruhigung der psychischen Affectionen erreicht wird.

c) Die reizende und erregende Methode, welche theils durch Ingestionen in den Magen, theils durch Wirkungen auf die Schleimhaut der Nase, auf die äussere Haut erreicht werden kann und wozu vornehmlich benützt werden: Wein und Aether, Arnica, Campher, Moschus, Phosphor, die Niessmittel und scharfen Gerüche, die verschiedenen Hautreize, ferner kalte Begiessungen, die Dampfdouche, endlich die Electricität.

Die Anwendung der reizenden Mittel muss bei Gehirnkranken immer mit grosser Vorsicht geschehen, da sehr häufig ein Zustand den Ausdruk der Paralyse hat, während nur die Aeusserungen der Functionen gehemmt und unterdrükt sind. Die reizenden Mittel dienen vornehmlich theils bei uncomplicirten Schwächezuständen, theils als Vitalindication im Falle raschen Sinkens der Hirnfunctionen, theils in Fällen gänzlicher Suspension der Hirnthätigkeiten, theils endlich zur längeren Erhaltung des Lebens und eines leidlichen Zustandes in unheilbaren Fällen; doch können sie mit Vorsicht andern Behandlungsmethoden interponirt und mit ihnen combinirt werden, was jedoch erst bei den speciellen Formen besprochen werden kann.

d) Die tonische Methode. Es ist zweifelhaft, ob es Mittel gibt, die Gehirnfunctionen anders als durch angemessene Uebung zu stärken, und die als tonische Hirnmittel angegebenen Substanzen wirken entweder als vorübergehend reizende Mittel (Wein u. dergl.), oder sie wirken auf die Gesammtconstitution und damit freilich auch auf das Gehirn (Eisen, Chinin).

e) Resorptionsbefördernde Mittel, entweder solche, welche die Darmsecretion vermehren (besonders Calomel), oder solche, welche durch die vermehrte Nierensecretion wirken (die verschiedenen Diuretica), oder allgemein resorbirende Mittel (die Jodpräparate, die Queksilberpräparate, der Salmiak, vielleicht auch der Arsen), oder endlich die Fontanelle, die Moxen, das Glüheisen.

3) Die symptomatische Indication tritt bei Gehirnkrankheiten

noch häufiger ein und ist noch unvermeidlicher, als bei den meisten andern Localstörungen:

weil die Gehirnkrankheiten häufig nicht genau nach ihrer Art zu diagnosticiren sind;

weil viele Gehirnkrankheiten gar keine volle Herstellung zulassen und bei ihnen eine Ermässigung oder Beseitigung der Symptome das einzige erreichbare Ziel der Therapie bleibt;

weil durch Beseitigung und Unterdrükung der Symptome häufig die Herstellung des normalen Zustands im Organe selbst eingeleitet und erleichtert wird;

weil viele Symptome der Gehirnkrankheiten höchst lästige und beschwerliche Erscheinungen sind, die Heilung erschweren, weil ferner durch ihre ungehinderte Fortdauer oft die wesentliche Störung selbst immer mehr verschlimmert und gesteigert wird, ja sogar bei manchen, wenn sie nicht rasch beseitigt werden, der Uebergang in den Tod bevorsteht, endlich weil manche Symptome der Gehirnkranken für diese selbst wie für andere Menschen, wenn auch nur zufällig, Schaden und Lebensgefahr bringen können.

Kaum ist bei den Affectionen irgend eines Organs die Wichtigkeit und Unentbehrlichkeit der symptomatischen Therapie so einsichtlich als bei denen des Gehirns. Sie ist nicht nur in manchen Fällen eine nicht zu umgehende unterstüzende Nebenindication, nicht nur in vielen die einzig mögliche Hilfe, sondern bei nicht wenigen Fällen, selbst bei möglicher directer Behandlung des Processes dieser vorzuziehen. Damit ist aber nicht ein blindes Bekämpfen jedes einzelnen Symptoms verlangt, sondern eine ernste Ueberlegung der sämmtlichen Verhältnisse des Einzelfalls ist nöthig, um die für denselben angemessenste und vortheilhafteste Behandlungsweise auszuwählen.

Nicht alle Erscheinungen bei Hirnkranken bedürfen in Betreff ihrer symptomatischen Therapie eine besondere Betrachtung. Viele derselben, vornehmlich solche, welche in extracephalen Organen sich äussern, werden in ganz ähnlicher Weise behandelt, wie wenn sie ohne Hirnkrankheit auftreten; bei andern kommt ihre Cur bei den speciellen Formen der Gehirnerkrankung zur näheren Besprechung, oder fallen die Hilfen, die man gegen sie zu geben hat, mit dem diätetischen und essentiellen Verfahren gegen die Hirnstörungen zusammen. Im Folgenden werden daher nur einzelne wichtigere und unter verschiedenen Umständen auftretende Erscheinungen in Betracht gezogen.

a) Die symptomatische Behandlung des Kopfschmerzes ist gestattet, nothwendig und selbst unerlässlich in allen Fällen heftiger und lästiger Schmerzempfindungen:

wenn dieselben nicht auf eine bestimmtere Diagnose zurükgeführt werden können;

wenn bei gestellter Diagnose die zu Grunde liegende Krankheit unbehandelbar oder doch für den Augenblik nicht beseitigbar ist;

wenn die Fortdauer der Kopfschmerzen die örtliche Krankheit selbst zu höheren Graden oder gefährlichen und unheilbaren Formen zu steigern droht.

Es ist zur Rechtfertigung der nach doctrinären Ansichten irrationell erscheinenden Bekämpfung des einzelnen Symptoms hervorzuheben, dass bei Gehirnkrankheiten ebenso und in noch höherem Grade als bei andern Erkrankungen die Beseitigung

sehr lästiger Empfindungen und die Herstellung einer auch nur künstlichen und zeitweisen Ruhe entschieden dazu beiträgt, den Verlauf der wesentlichen Erkrankung günstiger zu gestalten und die natürliche Heilung derselben vorzubereiten und zu erleichtern. Dabei darf allerdings die symptomatische Behandlung des Kopfschmerzes nur unter genauer Erwägung der individuellen Umstände vorgenommen und darf nicht mit Mitteln erstrebt werden, welche auf den Gang der zu Grunde liegenden Störungen nachtheilig einwirken könnten.

Die Hilfen, welche bei der Cephalaea gegeben werden können, sind nicht in allen Fällen nach bestimmten Indicationen zu wählen. Bei der Dunkelheit der ursächlichen Störungen, einer Dunkelheit, um derentwillen man von den Versuchen zu helfen nicht entbunden ist, begreift es sich, dass man sehr oft zu verschiedenen Mitteln greifen muss, um die Leiden zu ermässigen, und besonders bei sehr anhaltenden und sich oft über Jahre und Jahrzehende hinziehenden Kopfschmerzen, bei welchen keine Art anderer Störungen sich im Laufe einer langen Beobachtung zu erkennen gibt, ist die probeweise Anwendung verschiedener Mittel nicht nur zulässig, sondern geboten. Die einzelnen Verfahrungsweisen, die theils unter allen Umständen, theils unter Anpassung an die besonderen Verhältnisse versucht werden können, sind:

α) die Beseitigung derjenigen Ursachen und Umstände, unter denen der Kopfschmerz eintrat und die auf ihn steigernd einwirken, wobei eine genaue Erforschung der individuellen Verhältnisse Aufgabe des Arztes ist.

β) Oertliche Hilfen am Kopfe: starker Drukverband, Blutentziehung, Kälte, Einreibung von alcooligen und ätherischen Substanzen, Einreibung von Chloroform und Elaylchlorür, endermatische Anwendung von Morphium.

Die Nüzlichkeit des Drukverbands entscheidet sich gewöhnlich bald nach der Anwendung. Wo er unbrauchbar ist, wird er nicht ertragen und kann daher nicht fortgesezt werden. In andern Fällen ist er dagegen das kräftigste Linderungsmittel und wird von dem Kranken selbst instinctmässig angewendet. — Die Blutentziehungen wirken begreiflich bei den auf Hyperämie beruhenden Kopfschmerzen am besten, indessen sind sie bei anämischen Subjecten zwar nicht als erstes Mittel anzuwenden, aber doch auch nicht ganz auszuschliessen, weil auch bei allgemeiner Anämie örtliche Hyperämieen vorkommen, weil andererseits mässige Blutentziehungen vielleicht im Stande sind, eine nachträgliche Vermehrung des Bluts im Gehirne herbeizuführen, vor Allem aber, weil es notorische Thatsache ist, dass heftige Kopfschmerzen anämischer Subjecte, die allen Mitteln widerstanden haben, zuweilen rasch mit einer Anwendung von Blutegeln beseitigt werden, ohne dass man sagen kann warum. — Die Anwendung der Kälte zeigt gleichfalls bald ihre Nüzlichkeit oder Unbrauchbarkeit. Bei Manchen ist mässige, bei Andern intensive Kälte nüzlicher und man hat sich dabei nach der Indicatio ex juvantibus zu richten. Es ist jedoch zuweilen zu bemerken, dass nasse kalte Ueberschläge von manchen Kranken nicht der Kälte, sondern der Nässe wegen nicht ertragen werden und dass bei solchen eine trokene Anwendung der Kälte dennoch nüzlich wirkt. — Die Einreibung von alcooligen und ätherischen Substanzen (z. B. Kölner Wasser, Camphorspiritus und dergl.) ist bei den verschiedensten Arten von Kopfweh ein Erleichterungsmittel, wenn sie auch selten dauernd die Beschwerden hebt, und ist darum besonders bei anhaltenden und oft wiederkehrenden Beschwerden dieser Art nicht zu entbehren. Noch vollkommener wirkt die Einreibung von Elaylchlorür oder auch, jedoch weniger sicher, von Chloroform, obwohl man sich nicht die Hoffnung machen darf, damit alle hartnäkige Kopfschmerzen zu beseitigen. — Die endermatische Anwendung des Morphiums ist besonders in den Fällen von Kopfschmerz, wo ohne Hyperämie des Gehirns grosse Schlaflosigkeit mit den Schmerzen verbunden ist, allen andern Mitteln vorzuziehen.

γ) Sogenannte ableitende Mittel, welche bei Kopfschmerzen nüzlich wirken, sind: Blutentziehungen an entfernten Stellen, Hautreize auf de

Kopf, in den Naken, an die Hände und unteren Extremitäten, Reizungen der Nasenschleimhaut, Hervorrufung von Speichelfluss, Laxantien und Klystire, methodische Körperbewegung.

Man darf sich keine Hoffnung machen, die Wirkung dieser ableitenden Mittel nach den geläufigen Vorstellungen zu erklären. Sie ist in vielen Fällen zu auffallend, zu rasch und zu vollkommen, als dass sie auf einer einfachen Gegenreizung anderer Nervenpartieen oder auf Hervorrufung entfernter Hyperämieen beruhen könnte, auch tritt sie in Fällen ein, wo ein solcher Zusammenhang kaum gedacht werden kann. — Die Blutentziehungen werden mit dem besten Erfolge am After oder an den unteren Extremitäten vorgenommen. — Als Hautreize werden am gewöhnlichsten Senfcataplasmen oder Senffussbäder benützt und sind zuweilen von augenbliklichem Erfolge, doch wirkt auch einfache Wärme auf entferntere Theile oft schon günstig. Auch andere reizende Substanzen (blasenziehende und pustelnmachende Mittel) können in Anwendung kommen. Es gehören in diese Kategorie wohl auch die bei vielen habituellen Kopfschmerzen höchst vortheilhaften Dampfbäder und Seebäder. — Das Schnupfen von Tabak und die Hervorrufung von Speichelfluss sind zuweilen im Stande, ein hartnäkiges habituelles Kopfweh zu beseitigen. — Laxire wirken vornehmlich bei nicht anämischen Subjecten günstig, und als Klystire kann man bald einfach kaltes Wasser, bald eine reizende Injection benützen. — Bewegung, die jedoch methodisch sein muss und bei Unvorsichtigkeit leicht Schaden bringen kann, ist am nüzlichsten bei den habituellen Kopfschmerzen im kindlichen Alter und während der Pubertät, sowie bei solchen Individuen, welche geistigen Anstrengungen sich auszusezen haben und eine sizende Lebensweise führen.

δ) Eine Reihe innerlich anzuwendender Mittel zeigt eine heilsame Wirkung auf den Kopfschmerz, sei es, dass diess durch eine directe Beziehung des Mittels zum Gehirn, sei es, dass es durch Vermittlung der Constitution geschieht. Es sind vornehmlich kühlende Salze und Säuren, alcoolige Mittel, Morphium und andere Narcotica, Chinin, Coffein, Oleum terebinthinae.

Auch bei diesen inneren Mitteln ist die Auswahl nicht immer nach strengen Indicationen zu treffen, im Allgemeinen jedoch können die leichteren und mehr kühlenden Mittel (wie die Salze, das Brausepulver, die verdünnte Schwefelsäure) eher unter den verschiedensten Umständen versucht werden, die stärker wirkenden und namentlich die reizenden Mittel nur bei Abwesenheit von Contraindicationen und in Fällen, wo alles Andere schon vergeblich versucht wurde. — Der Wein und andere alcoolige Getränke sind vornehmlich bei anämischem Kopfschmerz nüzlich. — Das Opium ist ein bedenkliches Mittel, weil häufig die auf seine Anwendung folgende Betäubung nur von um so lästigeren Beschwerden im Kopfe gefolgt ist. Unter den übrigen narcotischen Mitteln scheint das Stramonium am nüzlichsten zu sein. — Das Chinin wirkt zwar am meisten gegen intermittirenden Kopfschmerz, doch ist es zuweilen auch, besonders in grösseren Dosen, bei anhaltenden Formen desselben und bei Abwesenheit aller Malariaursachen nüzlich. — Das Coffein (einfaches oder citronensaures) in der Dose von 1—2 Gran ist ein neuerdings angelegentlich empfohlenes Mittel gegen Kopfschmerz, das in der That nicht selten rasch und entschieden Hilfe bringt, in andern Fällen aber vergeblich angewendet wird, Verschiedenheiten der Wirkung, über deren Gründe ausreichende Erfahrungen noch fehlen. — Das Terpentinöl wird in einzelnen Fällen mit entschiedenem Vortheile angewandt, ohne dass diese sich vorausbestimmen liessen.

b) Der **Schwindel** wird, wenn seine Ursachen nicht beseitigt werden können, im Momente des Anfalls hauptsächlich durch irgend eine kräftige willkürliche Bewegung (Fixiren eines Gegenstandes, Anstemmen der Hände, der Füsse), sowie durch psychische Ueberwindung bekämpft. Gegen die Wiederkehr des Schwindels ist, falls er nicht auf Gewohnheit, Aengstlichkeit und andern beseitigbaren psychischen Verhältnissen oder auf heilbaren körperlichen Zuständen (Anämie und Hyperämie des Gehirns, Darmaffectionen, Intoxicationen etc.) beruht, meist Alles erfolglos.

Wenn bald kühlende Mittel (Säuren, Brausepulver, Salze etc.), bald Tonica und Reizmittel (Eisenwasser, Wein etc.), bald Hautreize und Ableitungsmittel (Fussbäder), bald Laxircuren gegen den Schwindel empfohlen werden und wirklich in manchen Fällen nüzlich sind, so hängt diess einerseits davon ab, dass der Schwindel von sehr verschiedenen Verhältnissen entstehen kann und jene Mittel eine der Pathogenie des Schwindels entsprechende Wirkung haben können, andererseits davon, dass ein mit Vertrauen gebrauchtes Mittel den Kranken psychisch stärkt, ihm Muth und Haltung gibt und dadurch eines der wichtigsten psychischen Entstehungsmomente des Schwindels, die Angst vor demselben, die vornehmlich bei schon häufiger gehabtem Schwindel immer leicht aufs Neue in Mitwirkung kommt, beseitigt.

c) Eine symptomatische Behandlung der Hallucinationen ist selten erforderlich; nur wenn dieselben durch ihre Heftigkeit und Unleidlichkeit dazu beitragen, den Grad der Irritation zu steigern oder den Kranken zu gefährlichen Handlungen provociren, kann es nöthig werden, ausser der Therapie des Gesammtzustandes die Hallucinationen selbst zu berüksichtigen. Es dienen zur Beseitigung oder Ermässigung der Hallucinationen vornehmlich kräftige und nicht unterbrochene, aber nicht zu häufig wechselnde Sinneseindrüke, und es muss der Kranke darin unterstüzt werden, seine Aufmerksamkeit auf diese zu richten; ferner alle überhaupt beruhigende Mittel und namentlich die Hervorrufung eines vollkommenen und tiefen Schlafes, welcher im Nothfall durch eine starke Dose eines Narcoticums erzwungen werden muss.

d) Das Delirium fordert in den meisten Fällen keine Behandlung für sich, es weicht der Therapie derjenigen Affection, deren Symptom es ist, oder, wenn nicht, ist in den meisten Fällen seine Beseitigung ohne grossen Nuzen. Nur in einzelnen Fällen ist die symptomatische Behandlung des Delirium zulässig oder sogar nothwendig, nämlich

wenn das Delirium als einziges Symptom ohne sonst diagnosticirbare Krankheit eine Zeitlang fortbesteht;

wenn das Delirium so heftig und die Aufregung so bedeutend ist, dass die Gefahr eines Uebergangs der Exaltation in Collapsus droht und man nicht hoffen kann, durch Behandlung der zu Grund liegenden Störungen zeitig genug die Heftigkeit des Delirium zu brechen;

in allen Fällen von chronischem Delirium, bei welchen wenigstens eine Mitberüksichtigung des Symptoms bei der Behandlung nöthig ist.

Die symptomatische Behandlung des Delirium muss der Art sein, dass die angewandten Methoden und Mittel keinen schädlichen Einfluss auf die zu Grund liegenden Störungen ausüben, und es darf nur in den Fällen dringendster Gefahr das Delirium ohne Rüksicht auf vorhandene oder mögliche Veränderungen im Gehirn behandelt werden.

Die Mittel und Methoden der symptomatischen Behandlung des acuten Delirium sind:

Kälte (intensive) auf den Kopf;

laue Wärme in Form von Bädern;

Blutentziehungen, seltener allgemeine als örtliche, und leztere theils am Kopfe, theils an entfernten Theilen, am After oder an der Vulva applicirt;

Gegenreize auf die Haut und auf die Schleimhäute;

nauseose Mittel;

kühlende Salze und Säuren;

narcotische Mittel, entweder in kleiner beruhigender Dose oder in grosser schlaferzwingender Gabe;

physischer und moralischer Zwang.

Die Wahl unter diesen verschiedenen Mitteln ist nicht immer leicht und man wird sich der Illusion bald entschlagen müssen, dass in den einzelnen Fällen nach vollkommen einsichtlichen Gründen die Indicationen gestellt werden können. Vielmehr bleibt in vielen Fällen nichts übrig, als mit der nöthigen Vorsicht Versuche zu machen, welches Mittel in dem Falle am günstigsten wirkt. In andern Fällen kann es selbst nicht missbilligt werden, wenn eine keke Anwendung bei dringenden Zufällen gewagt wird. Man wird dabei zwar die einzelnen Verhältnisse des Kranken genau erwägen, wird aber oft zu dem Verfahren schreiten müssen, ehe noch eine exacte Diagnose gemacht ist, indem, wenn deren Möglichkeit abgewartet werden sollte, sehr leicht die Zeit verpasst sein kann, in welcher man allein noch nüzlich zu wirken vermag. Im Allgemeinen versteht es sich von selbst, dass die energischen Mittel nur für dringende oder sehr refractäre Fälle passen, die milderen dagegen mehr nur als leichte Unterstüzungsmittel neben jenen oder in geringfügigeren Fällen ohne sie dienen können. – Der Werth und die Wirksamkeit der einzelnen angegebenen Methoden ergibt sich nach Folgendem. Intensive Kälte in Form von Eisüberschlägen über den Kopf, am besten über den geschorenen Kopf angewandt, ist ein zwar sehr kräftiges, aber doch nicht heroisches Mittel, das, wenn es vom Kranken vertragen wird und nicht, wie oft, die Aufregung noch steigert, von grösstem Nuzen in heftigen und sehr heftigen Fällen sein kann. Eine weniger intensive Anwendung der topischen Kälte auf den Kopf ist meist von sehr geringem Werthe und eignet sich nur als schwaches Unterstüzungsmittel für mässige Fälle. Die Uebergiessung des Körpers und Kopfs mit kaltem oder eiskaltem Wasser ist gleichfalls ein äusserst kräftiges, aber zugleich sehr heroisches Mittel, das in vielen, besonders nicht sehr gesteigerten Fällen die entgegengesezte Wirkung hat als die bezwekte, und welches daher nur in den dringendsten Fällen von furibundem und unbezähmbarem Delirium oder allenfalls bei sehr widerspenstigen und unfügsamen Kranken anzuwenden ist. — Laue Wärme in Form von Bädern, welche am besten eine geraume Zeit lang, $1/2$—2 Stunden fortgesezt und zugleich mit kalten Ueberschlägen auf den Kopf verbunden werden, ist ein gutes Beruhigungsmittel in mässigen Fällen, eignet sich aber nicht in heftigen. — Allgemeine Blutentziehungen sind im Allgemeinen bei acutem Delirium verwerflich und nur gestattet bei sehr plethorischen Subjecten, bei Individuen, welche nach Unterdrükung oder Nichtzustandekommen einer normalen oder habituellen Blutung plözlich in heftiges Delirium verfallen sind, oder endlich in Fällen, wo die das Delirium bedingende Krankheit eine derartige Procedur indicirt. Sie sind um so mehr zu vermeiden, wenn man es mit erschöpften, durch Ausschweifungen und angreifende Curen heruntergekommenen, schlechtgenährten Kranken oder mit Säufern zu thun hat, und man darf sich in solchen Fällen auch durch den pastösen oder selbst plethorischen Habitus nicht oder nur in den dringendsten Fällen zur Anwendung einer allgemeinen Blutentziehung verleiten lassen. Gewöhnlich wird die allgemeine Blutentziehung an den Venen des Arms vorgenommen, hat dort die wenigsten Inconvenienzen, aber auch verhältnissmässig die geringste Einwirkung auf das Delirium; die Venaesection am Fusse scheint häufiger günstig zu wirken, ist aber oft aus Nebengründen nicht anwendbar. Von der Oeffnung einer Jugularvene und von der Arteriotomie an der Temporalis will man zuweilen sehr günstigen Erfolg auf heftiges Delirium gesehen haben; aber diese Methoden sind theils an sich misslich, theils können sie durch den nachher nothwendigen Verband den Nuzen der Entziehung des Bluts wieder vereiteln. — Weit häufiger werden örtliche Blutentziehungen am Kopfe bei Delirium mit Vortheil angewandt, und es kann als Regel gelten, dass dieselben eher nüzlich wirken, wenn sie energisch, als wenn sie zu ängstlich vorgenommen werden. Man sieht oft auf die Anwendung von 20—40 Blutegeln, im Nothfall im Laufe von 24 oder zweimal 24 Stunden oder mehrere Male wiederholt, rasch ein heftiges Delirium schwinden und eine beginnende schwere Erkrankung, deren Diagnose gewöhnlich noch gar nicht gemacht werden kann, coupirt werden. In leichteren Fällen ist begreiflich eine so energische Blutentziehung nicht rathsam, aber dann auch gewöhnlich von einer geringeren wenig zu erwarten. Die örtliche Blutentziehung kann vorgenommen werden bei entschiedenen Zeichen von Blutüberfüllung des Gehirns, bei vermuthlichem Beginn eines acuten Entzündungsprocesses der Hirnrinde oder der Hirnhäute, und überhaupt, wenn unerwartet und plözlich bei nicht unkräftigen Subjecten ein heftiges Delirium ausbricht. — Die örtlichen Blutentziehungen am After und an der Vulva sind mildere

Mittel, die nichtsdestoweniger sehr nützlich sind, theils in den Fällen, wo das Delirium mit Menstruationsstörungen und mit Mastdarmhyperämie zusammenhängt, theils aber auch in manchen andern, welche nicht näher characterisirt werden können. Diese Blutentziehungen sind im Allgemeinen in mässigerem Grade auszuführen, als die am Kopfe. — Die verschiedenen Haut- und Schleimhautreize (Fussbäder, Senftaige, warme Cataplasmen, Blasenpflaster, Drastica, Klystire mit Essig und andern reizenden Stoffen) sind nützliche Unterstüzungsmittel der Cur, welche aber in irgend intensiven Fällen und für sich allein ungenügend sind. — Die nauseosen Mittel, am besten Brechweinstein in kleiner Dose, oder Ipecacuanha, oder etwas Squilla, können gleichfalls als milde beruhigende, die Cur unterstüzende Mittel angesehen werden. — Ebenso verhält es sich mit den kühlenden Salzen (Nitrum, Kali aceticum) und Säuren (Weinsäure, Citronensäure, Schwefelsäure, auch kohlensaure Wasser), welche ganz nüzliche Beihilfsmittel zur Beruhigung mässigen acuten Deliriums sind. — Unter den narcotischen Mitteln ist in den meisten Fällen die Anwendung solcher vorzuziehen, welche nur eine mild beruhigende Wirkung haben, namentlich die Aqua laurocerasi, die Digitalis, der Helleborus, Aconit, die Nicotiana, das Stramonium, sämmtlich in kleinen oder doch nicht toxischen Dosen. Nur in höchst dringenden Fällen, bei grosser Aufregung, bei Tag und Nacht fortdauernden, allen Schlaf raubenden Delirien ist es geeignet, durch eine energische Anwendung des Opium oder Morphium Ruhe und Schlaf zu erzwingen. — Moralischer und noch mehr physischer Zwang ist in vielen Fällen gewagt und es müssen namentlich die mechanischen Zwangsmittel auf die Fälle von heftigster Aeusserung des Deliriums beschränkt werden. In andern Fällen dagegen lässt sich unter Berüksichtigung der Individualität durch einen consequenten Zwang auch ein acutes Delirium mit Vortheil behandeln.

Beim chronischen Delirium können die ähnlichen Mittel, wie die gegen die acute Form angeführten in Anwendung kommen, namentlich die milderen in etwas mehr anhaltender Weise, oder doch in acuteren Exacerbationen; in lezteren, wenn sie heftig werden, selbst die kräftigeren Methoden. Ausserdem sind bei chronischem Delirium vornehmlich psychische Mittel in Anwendung zu sezen, welche entweder in Widerlegung der Wahnideen (zweifelhaftes Mittel), oder in Ablenkung (zwekmässiges Verfahren), oder in Unterdrükung der Aeusserung der Wahnideen durch Strafen und Zwangsmittel bestehen.

Bei der Behandlung der chronischen Delirien ist meistens weniger auf die zu Grunde liegende locale Gehirnkrankheit, als auf die bestehenden Constitutionsverhältnisse, auch wenn sie nicht die ursprüngliche Ursache der Krankheit enthalten, Rüksicht zu nehmen. Constitutionelle Curen, seien es nur diätetische im weiteren Sinne des Worts, seien es ausleerende, seien es nährende und stärkende, lassen am ehesten Erfolg erwarten. — Unter den Mitteln, welche symptomatisch dem chronischen Delirium entgegengesezt werden können, eignen sich vornehmlich die Nauseosa, die kühlenden Salze und Säuren, besonders auch die Kohlensäure, die mässigen Gegenreize auf Haut und Schleimhäute und die milderen Anwendungen von Narcoticis. Diese Mittel können in nicht gar zu langwierigen Fällen anhaltend oder abwechselnd gebraucht oder auch für die Exacerbationen aufgespart werden. In heftigeren Exacerbationen sind ausserdem die kräftigeren Anwendungen zu benüzen, mit Ausschluss jedoch der Aderlässe, welche nur höchst selten bei chronischem Delirium mehr Vortheil als Schaden bringt. — Eine psychische Behandlung des chronischen Deliriums ist unerlässlich, wenn sie auch nicht immer in einem auffallenden und gewaltthätigen Einwirken zu bestehen braucht, vielmehr weit häufiger ein stilles Leiten und ein milder, aber consequenter Einfluss genügt und selbst den Vorzug verdient. Unter diesen psychischen Mitteln ist die Widerlegung der Wahnideen die am gewöhnlichsten fehlschlagende, namentlich ist die logische Widerlegung, das Vorbringen von Gegengründen, das Wegdisputiren der Wahnideen meist ganz erfolglos und hat, mit Klugheit angewandt, nur gegen einzelne Extravaganzen oder in den Fällen entschiedenen Nuzen, wo die Delirien in der Besserung und Lösung begriffen sind und wo man dem Kranken in seinem eigenen Kampfe gegen einzelne noch festklebende Wahnideen durch logische Gründe zu Hilfe kommen kann. Eher erzielt man bei lebhaften Wahnideen noch einen Erfolg, wenn man die Widerlegung derselben durch einen drastischen Contrast, der sich dem Kranken gleichsam wie von selbst aufdrängen muss, herbeizuführen weiss.

Allein auch von dieser Methode darf man sich nicht zu viel versprechen, indem der Kranke häufig von der Wahnidee, die er aufzugeben sich genöthigt sieht, auf eine andere überspringt, und indem somit nicht das Delirium, sondern nur die ganz specielle Art seiner Aeusserung beseitigt und die leztere namentlich nur verändert wird. Auch ist nicht zu übersehen, dass man, sobald der Kranke die Absicht merkt, sehr leicht sein so nöthiges Vertrauen für lange oder für immer einbüssen kann. — Ungleich vortheilhafter als die Methode der Widerlegung wirkt die der Ablenkung, welche durch zwekmässige und geordnete Beschäftigung, durch Hinleitung auf andere Vorstellungskreise, durch Cultivirung der lichteren Seiten des Geistes erzielt wird und wodurch in überhaupt heilbaren Fällen am häufigsten die Wahnideen zum Schwinden gebracht werden. — Die Unterdrükung der Aeusserung der Wahnideen mittelst moralischen Zwangs, mittelst humaner Strafen und ebensolcher psychischer Zwangsmittel hat zwar zunächst nur die Folge, dass der Kranke aufhört oder sich doch zu bezwingen sucht, seine Delirien kund zu geben; aber wie in den meisten Fällen Gedanken, welchen es nicht vergönnt ist, in bestimmter Form in die äussere Erscheinung zu treten, erblassen und nach und nach in den Hintergrund treten, wohl auch zulezt gänzlich von andern Vorstellungen überwältigt werden, so gelingt es oft durch die unterdrükende Methode, auch die Wahnideen nicht nur zurükzudrängen, sondern dieselben sogar zu beseitigen; doch passt diese Methode weniger für Individuen von tiefem und innerlichem Gemüthe, für solche, welche empfindlich gegen Strafen und Zwang sind, indem diese durch die Maassregeln, welche sie nur als ungerechte und als Verfolgungen, als Mangel an Mitgefühl ansehen, erbittert und von einem für ihren Gemüthszustand höchst nachtheiligen verschlossenen Ingrimm beseelt werden. Weit besser eignet sich diese Methode bei nachgiebigen flüchtigen Characteren und bei mehr kindlicher Gemüthsart, bei welchen bald eine wirkliche Heilung, bald nur in palliativer Weise eine Beruhigung des Deliriums dadurch erzielt werden kann.

e) Eine symptomatische Behandlung der **Stumpfheit der Vorstellungen** ist nur als Beihilfsmittel in der Therapie complicirterer Fälle nothwendig und geschieht bald durch allmälig sich steigernde Anregung, bald durch plözliche und starke Eindrüke.

f) Die Behandlung der **Bestrebungsanomalieen** ist, sofern sie überhaupt nöthig wird, eine vorwiegend oder selbst ausschliesslich psychische und kann geschehen:

durch Befriedigung, was nur unter Umständen zulässig ist;

durch Beruhigung mittelst psychischer Zusprache und körperlich wirkender Mittel;

durch Ablenkung und Hervorrufung anderer Bestrebungsrichtungen: eine vornehmlich in chronischen Fällen höchst wichtige Aufgabe der psychischen Behandlung;

durch Zwang, der theils nur ein moralischer, theils aber auch ein physischer sein kann.

Die Wahl unter diesen Methoden und einzelnen Mitteln kann nur aus der umsichtigen Ueberlegung der individuellen Verhältnisse des Einzelfalls gefolgert werden.

g) Behandlung der **vom Gehirn abhängigen krampfhaften Affectionen und Paralysen.**

Die Behandlung hat folgende Indicationen:

die Entfernung oder Verminderung der Ursachen, soweit diese fortwirken; Beiseithaltung der ungünstigen Einflüsse, soweit solche zu fürchten sind;

Behandlung der dem Krampf oder der Paralyse zu Grunde liegenden cerebralen Störungen, soweit diese bekannt und der Therapie zugänglich sind. S. hierüber im speciellen Theile;

verschiedene empirische Verfahren, vornehmlich gegen einzelne Formen von Krämpfen, welche im speciellen Theile namhaft gemacht werden sollen;

Anwendung symptomatischer Mittel. Diese haben den Zwek:

α) bei Krämpfen den Anfall zu erleichtern, abzukürzen, für den Augenblik zu beseitigen, Schaden zu verhüten; sie sind also überhaupt nur da anzuwenden, wo solches den Umständen nach nöthig, möglich oder wünschenswerth erscheint.

Zu diesem Zweke dienen: richtige Lagerung und Verhütung von Verlezungen bei dem Krampf; Entfernung beengender Kleidungsstüke u. dergl., Unterstüzung der krampfhaften Theile durch Reiben, Halten, durch Streken der krampfhaft flectirten Theile; Verhinderung der zu extravaganten Contractionen durch starken Druk; milde Erleichterungsmittel, welche theils äusserlich anzuwenden sind, wie feuchte Wärme, Kälte, Gegenreize auf die Haut, theils allgemein wirkende, wie Aqua laurocerasi, Valeriana, Chamomilla, Radix Sumbul, Asa foetida, Riechen an Ammoniak (englisches Riechsalz aus einem Theil Salmiak und zwei Theilen Kali carbon. bestehend), Riechen an verbrannten Federn, Anwendung des Magnetismus; stärkere, Ruhe erzwingende Mittel: Chloroform, Aetherinhalationen, starke Dosen von Morphium innerlich und in Klystiren.

β) Bei Paralysen haben die symptomatischen Mittel den Zwek, den paralytischen Zustand nicht zunehmen und zur Gewohnheit werden zu lassen, wodurch eine weitere Unterhaltungsursache des Untergangs hinzugefügt würde.

Zu dem Ende ist anzuwenden: mässige Uebung, Kneten, passive Bewegung, Unterstüzung durch Bandagen; warme Bäder, theils rein, theils mit verschiedenen Ingredienzen: Schwefel-, Salz-, Lauge-, Malz-, Moorbäder, Dampfdouche, Gasbäder (Kohlensäure); reizende Einreibungen: Spirituosa, Campher, Phosphor, Nux vomica; methodische Anwendung der Electricität.

h) Eine symptomatische Behandlung der Agrypnie hat dann einzutreten, wenn die Berüksichtigung und Beseitigung der Ursachen und die Behandlung der zu Grunde liegenden Zustände unmöglich ist oder nicht genügt, um den Schlaf herbeizuführen, oder wenn die Schlaflosigkeit selbst den Krankheitscomplex, von dem sie abhängt, in einer bedenklichen Weise zu steigern droht. In solcher Weise kann es geschehen, dass die symptomatische Herbeiführung von Schlaf allen andern Indicationen vorangehen und selbst durch Mittel erzwungen werden muss, die dem sonstigen Zustande an sich wenig zuträglich sind. Die Mittel, die Schlaflosigkeit zu überwinden, bestehen: in sensoriellen und psychischen Einwirkungen, welche einen beruhigenden Einfluss auf das Gehirn haben; in Anwendung von Hautreizen möglichst entfernt vom Kopf; in Incorporation von kühlenden Mitteln; in der Anwendung von Narcoticis; zuweilen in der Anwendung anderer auf das Nervensystem wirkender Substanzen (Valeriana, Asa foetida, Moschus).

Unter den psychisch und sinnlich diätetischen Mitteln sind besonders hervorzuheben eine milde und gleichmässige Einwirkung auf die Sinne: Kranke, welche in der Dunkelheit und bei scharfem Lichte nicht einzuschlafen vermögen, kommen bei einem schwachen Lichte oft leicht zum Schlafen; eintönige Musik, eintöniges Vorlesen kann oft Schlaf herbeiführen, der bei vollkommener Stille nicht eintreten will. Es reiht sich hieran ferner die nüzliche Einwirkung lauwarmer Bäder und eines lauwarmen Getränks. Dessgleichen ist eine einförmige psychische Thätigkeit, eine Richtung der Vorstellungen auf gleichgiltige Gegenstände und eine Art mechanischer Abspinnung der Vorstellungen vortheilhaft. Eine strengere Gewöhnung an

bestimmte Stunden des Schlafs und das Schlafen bei Tag fördert oft das nächtliche Einschlafen. — Die Anwendung von Senftaigen auf Fussohlen und Waden, von Senffusswässern und ähnlichen Applicationen ist bei hartnäkiger Agrypnie oft von ausgezeichneter Wirkung. — Die kühlenden Mittel, wie namentlich etwas Salpeter, Weinsteinlimonade und ähnliche Substanzen bewirken oft diejenige Beruhigung, die den Schlaf ermöglicht. — Die Hauptmittel aber, um Schlaf herbeizuführen, sind die Narcotica, und unter ihnen vornehmlich das Morphium. Bei seinem Gebrauche muss man sich hüten, nicht zu kleine, aber auch nicht zu grosse Dosen zu geben, indem die ersteren sehr häufig nur aufregen, die lezteren dagegen eine Nachwirkung haben, welche der Wiederkehr des Schlafs hinderlich ist und dem Kranken das Mittel häufig zuwider macht. Man muss hierbei den besonderen individuellen Verschiedenheiten gehörig Rechnung tragen: in manchen Fällen, wo man das Opium vergeblich durch den Magen administrirt hat, wirkt es vortrefflich in Klystirform; bei Kranken, welche sehr spät einzuschlafen pflegen, thut man gut, das Mittel anfangs erst in der Mitte der Nacht zu geben und nur allmälig mit der Zeit der Anwendung vorzurüken, so dass eine allmälige Angewöhnung an früheres Schlafen hergestellt wird. Bei dem Gebrauche des Opium gegen Agrypnie hat man in den meisten Fällen nicht zu fürchten, dass dadurch ein habitueller Gebrauch nöthig werde; vielmehr genügt es gewöhnlich, einige Male einen genügenden Schlaf erzwungen zu haben, und das natürliche Einschlafen tritt von da an spontan ein. Diess geschieht wenigstens, wenn die Agrypnie nicht gar zu lange gedauert hat, und zwar nicht bloss bei solcher Schlaflosigkeit, welche weiter keine bekannte Ursachen hat, sondern oft sogar bei derjenigen, deren Ursachen nicht vollkommen beseitigt sind. Eine weit geringere Wirkung als das Opium hat die verdünnte Blausäure, obwohl auch durch diese oft eine von Schlaf gefolgte Beruhigung herbeigeführt wird. In vielen Fällen ist die Digitalis dem Opium sogar vorzuziehen, namentlich in solchen, welche mit Herzklopfen complicirt sind. Wenig empfehlenswerth, wenngleich nicht ohne Wirksamkeit, ist die Anwendung alcooliger Getränke zur Herbeiführung des Schlafs, obwohl es einzelne Fälle gibt, wo zu diesen, besonders in warmer Form (Punsch u. dergl.) gegriffen werden muss. — Manche Schlaflosigkeiten besonders beim weiblichen Geschlecht, gegen welche vergeblich alle andere Mittel versucht wurden, weichen überraschend schnell der Anwendung von Valeriana, welche am vortheilhaftesten in Klystirform gegeben wird, oder der Asa foetida; auch der Moschus, sowie die ihm ähnlich, aber milder wirkende Sumbulwurzel kann in solchen Fällen eine langdauernde Agrypnie beseitigen.

i) Die hypnoiden Zustände verlangen in den meisten Fällen keine symptomatische Therapie. Wenn die ihnen zu Grunde liegenden Erkrankungen nicht gehoben werden können, so ist auch eine Bekämpfung des Symptoms gewöhnlich vergeblich. Nur in den Fällen, wo die schlummersüchtige Versinkung zu lange anhält oder rasch überhand nimmt, kann es zuweilen zwekmässig sein, durch erregende Mittel sie aufzuhalten, oder das Bewusstsein und einen wachen Zustand momentan wieder herzustellen. Diess geschieht theils dadurch, dass man den Kranken aufrüttelt, seine Aufmerksamkeit nöthigt, was aber nie zu lange fortgesezt oder versucht werden darf, theils und vornehmlich durch Reize und verschieden starke Einwirkungen auf die Peripherie, am besten auf die Haut, theils endlich, aber nur zuweilen, durch hirnreizende Medicamente.

Das am kräftigsten und schnellsten auf die Peripherie wirkende Mittel ist die kalte Uebergiessung, welche vornehmlich für acute Fälle passt. Auch Senftaige auf verschiedene Stellen des Körpers gelegt. Blasenpflaster auf die Stirn und auf den geschorenen Kopf sind in acuten Fällen anwendbar, in chronischen ist die Hervorrufung eines pustulösen Ausschlags auf dem Kopfe durch örtliche Application von Tartarus emeticus oft von dem entschiedensten Nuzen. Die Schleimhaut der Nase wird nur in sehr schnell auftretenden Fällen zuweilen zur Application von Reizmitteln benüzt; die Schleimhaut des Dikdarms kann gleichfalls in acuten Fällen zur Anwendung von reizenden Mitteln in Klystirform gebraucht werden. Die Reizung der höheren Sinne, des Augs und Ohrs durch gewaltige Eindrüke hat man in chronischen Fällen vorgeschlagen und ausgeführt; allein der Erfolg dieser Methode ist noch sehr zweifelhaft. — Von Medicamenten, durch deren innerliche Incorporation eine Erregung der Gehirnthätigkeit und dadurch eine Ermässigung und Beseitigung

hypnoider Zustände erwartet wird, sind besonders anzuführen die Valeriana, der Moschus, der Campher, der Phosphor; vielleicht gehört hierher auch das Chinin. Diese Mittel werden in acuten Fällen jedoch fast nur dann angewandt, wenn sie zugleich andern Indicationen des Falls entsprechen; in chronischen Fällen von Stupor ist ihre Wirksamkeit mindestens eine höchst zweifelhafte.

k) In Betreff der Therapie der thanatoiden Zustände (Unmachten, Asphyxieen, Scheintod) ist hervorzuheben, dass dieselben ernstlich nur dann zu bekämpfen sind, wenn die Ursachen, unter welchen sie eintraten, Gefahr bringen oder wenn der Zustand selbst die höheren Grade erreicht und namentlich die Circulation zu erlahmen droht.

In Fällen, wo aus der Art der Ursache die Gefahr entspringt, verlangt selbst ein scheinbar noch leichter unmächtiger Zustand, um so mehr aber eine tiefe Syncope eine rasche und kräftige symptomatisch-therapeutische Berücksichtigung. Es muss Alles aufgeboten werden, dass man den Kranken möglichst bald in einen wachen Zustand zurükruft und künstlich in solchem erhält, weil dadurch die Schädlichkeit der einwirkenden Ursache wesentlich gemindert wird. Es ist hier die Behandlung der Unmacht oder des Scheintodes zwar nur eine symptomatische, aber eine Vitalindication. Wo keine bedeutenden Ursachen gewirkt haben, ist die Unmacht meist nicht gefährlich und erfordert nur, wenn sie die höheren Grade erreicht, eine eingreifende Therapie, kann in geringeren Fällen vollkommen sich selbst überlassen bleiben oder verlangt wenigstens nur kleine Hilfen. Bei den ersten Anzeichen, ehe der Anfall vollkommen eingetreten ist, um ihn nicht zum Ausbruch kommen zu lassen, sowie aber auch bei wirklich eingetretener Unmacht, um sie abzukürzen, ist in leichten und ungefährlichen Fällen vornehmlich für frische Luft und unbeengte Respiration (durch Entfernung drükender Kleidungsstüke) zu sorgen. Bei Unterstüzung mit einigen kleinen Mitteln, wie dem Trinken von kaltem Wasser, Wein, Thee, dem Riechen an Aether, Ammoniak, dem Besprizen des Gesichts, dem Reiben des Rükens, der Hände und Füsse, aber auch ohne solche Mittel geht der Anfall in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle rasch vorüber.

Wo wegen der Heftigkeit und Dauer des Zustands oder wegen der Gefährlichkeit der Ursachen der Fall eine grössere Bedeutung hat, müssen zur Wiederbelebung kräftige Anwendungen eintreten; sie können aus folgenden Methoden, die mit Vortheil verbunden werden, bestehen:

Förderung der Circulation. Sie geschieht je nach den Umständen durch eine Aderlässe, durch Frottiren und Bürsten der Herzgegend, durch Hervorrufung von capillärer Blutanhäufung in entfernten Theilen des Körpers mittelst Schröpfköpfe, mittelst des Junod'schen Apparats, mittelst Wärme und reizender Applicationen, bei Wahrscheinlichkeit einer Hyperämie des Gehirns durch hohe, bei Wahrscheinlichkeit einer Anämie durch niedere Lagerung des Kopfes. Im Falle grosser und rascher Blutarmuth kann die Transfusion von Blut zur Wiederherstellung der Circulation versucht werden.

Beförderung der Respiration durch Kizeln in der Nase, im Rachen, durch Einblasen von Luft, durch rasches Hin- und Herbewegen des Körpers, durch Reiben der Brust, durch Besprizen derselben mit kaltem Wasser, durch Saugen an den Brustwarzen.

Reizungen der peripherischen Endigung sensitiver Nerven, welche einerseits einen belebenden Eindruk auf das Gehirn selbst machen, andererseits für die Beförderung der Respiration und Circulation mitwirken: kalte und heisse Uebergiessungen, warmes Bad, Frottiren, ätherische und alcoolige Einreibungen, Riechmittel (besonders Ammoniak, Aether, Asa, Brandöl), reizende Getränke (Wein) und andere analoge innere Mittel, reizende Klystire.

Hervorrufung stärkerer Erschütterungen des Körpers durch Niesmittel, Brechmittel, Electricität.

4) Die Vorbeugung der Complicationen und incidenten Krankheiten und die Behandlung derselben, wenn sie eingetreten sind, ist eine höchst wichtige Aufgabe bei heilbaren wie bei unheilbaren Hirnstörungen; und es kann bei lezteren das tödtliche Ende und sogar der weitere psychische Zerfall oft lange hinausgeschoben und ein verhältnissmässig leidlicher Zustand erhalten werden, wenn man nur alle weitere Erkrankungen bei dem Individuum zu verhüten oder zu beseitigen vermag und seine Ernährung, sowie seine sämmtlichen Körperfunctionen in einem möglichst vollkommenen, geordneten und ungestörten Fortgange erhält.

Es muss desshalb bei Hirnkranken, wie freilich bei jedem andern Kranken, nicht nur eine stete Aufmerksamkeit und Sorgfalt auf sein ganzes Verhalten und alle seine Functionen und Organe gerichtet sein, um zeitig Störungen zu erkennen und ihnen entgegenzutreten; es muss nicht nur auf eine strenge prophylactische Pflege nach allen Seiten hin geachtet, für entsprechende Nahrung, für gesunde Luft, für Reinlichkeit und Hautpflege, für den Umständen angemessene Lagerungs- und Bewegungsverhältnisse Sorge getragen werden. Sondern man muss auch wissen, von welchen Seiten her und von welchen Organen bei der speciellen Form hauptsächlich Gefahr und Complicationen drohen, um in dieser Richtung Sorgsamkeit und Aufmerksamkeit zu verdoppeln. Es ist ebendarum und fast am meisten in unheilbaren, aber langdauernden Erkrankungen des Organs die Aufgabe des Arztes nicht etwa auf ein passives Zusehen und Abwarten zu reduciren, sondern sie besteht in ununterbrochener Pflege für Erhaltung des möglichst günstigen Gesammtzustands und stetem Bereitsein, eintretenden accidentellen Processen zu begegnen.

SPECIELLE BETRACHTUNG.

ERKRANKUNGEN DES GEHIRNS UND DER DASSELBE ZUNÆCHST UMGEBENDEN WEICHTHEILE.

Die Affectionen des Gehirns können von drei Gesichtspunkten aus speciell dargestellt werden und keiner derselben ist zu vernachlässigen, da das Wesentliche der Störung bald nur bei dem einen, bald bei dem andern, bald bei dem dritten hervortritt. Diese drei Gesichtspunkte sind:

1) der symptomatische, von welchem aus die mit einer gewissen Regelmässigkeit sich wiederholenden, daher fixirbaren Symptomencomplexe betrachtet werden, sofern dieselben ohne nothwendige und constante anatomische Veränderungen und ohne bekannte specifische Ursachen sich der Beobachtung darbieten;

2) der ätiologische, von welchem aus die Erkrankungsformen des Gehirns betrachtet werden, sofern sie von specifischen Ursachen abhängen und demgemäss eigenthümlich modificirt sind;

3) der anatomische, von welchem aus die Gewebsveränderungen untersucht werden mit den Erscheinungen, die sich an sie knüpfen.

I. SYMPTOMENCOMPLEXE OHNE NOTHWENDIGE, CONSTANTE ODER NACHWEISBARE ANATOMISCHE VERÄNDERUNGEN UND OHNE SPECIFISCHE URSACHE.

Die hier zur Darstellung kommenden Symptomencomplexe sind nicht etwa solche, welche nur functionell wären und niemals anatomische Veränderungen zur Grundlage hätten, oder bei welchen niemals eine bestimmte einzelne oder specifische Ursache nachzuweisen wäre. Vielmehr können bei ihnen sehr mannigfaltige Gewebsstörungen bestehen; diese sind aber nicht constant, nicht die gleichen, während doch der Symptomencomplex selbst in derselben Art sich darstellt; und ebenso kann bei ihnen eine specifisehe Ursache hin und wieder mitgewirkt haben, aber sie ist nicht bestimmend für die Art der Symptome.

Die Berechtigung zur Aufstellung von Symptomencomplexen und der vorläufigen Annahme, dass in ihrer Gestaltung das Wesentlichste der Krankheitsform liege, beruht auf der Erfahrung, dass dieselben Symptome in fixirten und immer sich gleichbleibenden Combinationen sich oftmals der Beobachtung darbieten, ohne dass aus ihrer Art ein irgend sicherer, auf necroscopische Erfahrungen oder physiologische Deduction gestüzter Schluss auf vorhandene Gewebsstörungen und auf bestimmte Ursachen gemacht werden könnte, und dass also für die practische Handhabung des Falls der Symptomencomplex das einzig feste Object liefert.

A. ERKRANKUNGSFORMEN MIT ÜBERWIEGEND PSYCHISCHER STÖRUNG.

In einer Anzahl von Erkrankungsformen, bei welchen das Gehirn der wesentlich ergriffene und gestörte Theil ist, ohne dass sich die Störung auf bestimmte und constante anatomische Vorgänge in demselben weder empirisch, noch aus theoretischen Gründen zurükführen liesse, zeigen sich die Functionen des Vorstellens und Bestrebens in überwiegender Weise oder allein verändert, weichen die Fähigkeiten, die Relationen und Aeusserungen, welche sich auf diese Functionen beziehen, von dem Geschehen bei gesunden Individuen so erheblich ab, dass schon hienach ein abnormer Zustand vorausgesezt werden muss, und ist überdem der psychische Gesammthabitus, die psychische Individualität temporär oder dauernd so eigenthümlich gestaltet, dass ihre Relationen mit der Aussenwelt mehr oder weniger verrükt sind.

Die hier zu betrachtenden Störungen sind jedoch nicht auf die psychischen Functionen beschränkt, vielmehr sind sehr oft höchst beträchtliche oder doch sehr beachtenswerthe motorische und sensitive Erscheinungen zugleich vorhanden. Zuweilen beginnt die Erkrankung auch mit solchen und die psychische Störung tritt erst in weiterem Verlaufe auf. Aber das Hervortretendste und das Uebergewicht Erlangende ist die psychische Alteration, sei es nun, dass diese überhaupt in hohem Grade entwikelt ist und darum am meisten die Aufmerksamkeit auf sich zieht, sei es, dass selbst bei geringen psychischen Störungen die Art des Falls annehmen lässt, dass in ihnen das wesentliche Moment liegt und dass von ihnen die weitere Entwiklung der Krankheit zu erwarten steht.

Es bleibt bei diesen Arten von Störungen höchst bemerkenswerth, wie die grössten Abweichungen und Umkehrungen des psychischen Verhaltens zuweilen einer vollkommenen Reposition zugänglich sind, und wie selbst

die allergrösste Verwirrung in kürzester Zeit, man möchte sagen augenbliklich in ein normales Verhalten und Geschehen umschlagen kann; während allerdings in andern Fällen und zwar bei scheinbar weit geringeren Abweichungen schon aus der Art der Störung die Unverbesserlichkeit der psychischen Abnormität und der immer tiefere Verfall vorausgesehen werden kann. Oft, aber durchaus nicht immer hängt lezteres von eingetretenen Organisationsveränderungen im Gehirn ab, während in den einer raschen Ausgleichung zugänglichen Störungen fast ohne Ausnahme keine wirkliche Gewebsstörungen des Organs zu bestehen scheinen.

Die Erkrankungsformen mit überwiegender psychischer Störung theilen sich in zwei Abtheilungen, nämlich in solche, in welchen einzelne oder mehrere Functionsseiten im Vorstellungs- oder Bestrebungsbereiche abnorm leicht erregbar sind, spontan gesteigert erscheinen oder selbst in heftigen Exaltationen explodiren (irritative Formen), und in solche, in welchen die Functionen allseitig unvollkommen, träge, schwer erregbar, unkräftig sich zeigen oder einzelne Seiten der psychischen Functionirung selbst ganz erloschen sind (torpide oder paralytische Formen). Beide Abtheilungen, obwohl in den Extremen sehr contrastirend, zeigen zahlreiche Uebergänge und Anknüpfungspunkte.

AA. IRRITATIVE FORMEN.

Die krankhafte psychische Irritation besteht niemals in einer allseitig vermehrten Leistungsfähigkeit; vielmehr sind stets neben einer unnatürlichen Erregung und Steigerung einer oder vieler Seiten der psychischen Functionirung andere gedrükt und gehemmt. Am schlagendsten ist der Gegensaz zwischen äusserster Erregung nach einer Seite hin und vollständiger Hemmung nach der andern in den ekstatischen Zuständen, welche gewöhnlich episodenartig in den Irritationsformen hervortreten.

Die Steigerung der psychischen Irritationen kann sich auf verschiedene Verhältnisse beziehen. Sie kann sich kundgeben:

durch eine allseitige grosse Empfänglichkeit, wobei durch geringfügige Motive die Functionen in einer lästigen Weise in Anregung kommen;

durch eine excessive, überstürzte Heftigkeit der Aeusserungen ohne Nachhaltigkeit und meist gefolgt von grosser Erschöpfung;

durch eine überwiegende Empfindlichkeit einzelner Punkte in den Vorstellungskreisen oder in der Gemüthsconstitution;

durch das Uebermächtigwerden einzelner Begehrungen oder des Begehrens überhaupt;

durch die Hastigkeit des Flusses der psychischen Phänomene;

durch Relationen und Wechselwirkungen, welche nicht mehr bewältigt werden können.

In allen Fällen von psychischer Irritation geht die Ruhe und Besonnenheit verloren, wenn sie auch äusserlich und scheinbar noch erhalten wird; dagegen brauchen die einzelnen Phänomene nicht in der Qualität abzuweichen. Wahnideen sind zwar gewöhnlich, aber nicht nothwendig; Hallucinationen und Illusionen häufig, aber doch auch nicht selten fehlend; die Bewegungen meist hastig, jedoch auch in manchen Fällen langsam und wie gehemmt.

Troz der unendlichen Mannigfaltigkeit des Geschehens lässt sich eine

Anzahl mit einer gewissen Beständigkeit wiederkehrender Verhältnisse festhalten, welche als fixirtere Symptomencomplexe zu beschreiben sind, aber freilich zwischen sich zahlreiche Uebergänge und Mittelformen lassen.

1. Formen der psychischen Irritation ohne nothwendigen Fortentwiklungs- und Ablaufsprocess.

Die hieher gehörigen Formen sind bald habituell, gleichsam zur andern Natur geworden und können bei diesem Verhalten die mannigfaltigsten, jedoch nicht innerlich, nicht in dem Zustand selbst begründeten Schwankungen zulassen. Oder sie sind transitorisch, in welchem Falle sie auf jedem Punkte, in jedem Augenblike ohne irgend einen Ausgleichungsprocess in das normale Verhalten übergehen können, was vornehmlich bei Entfernung der bedingenden Ursachen, zuweilen aber auch ganz unerwartet und ohne einsichtlichen Grund geschieht.

a. Die krankhafte Reizbarkeit des Gehirns (Launenhaftigkeit, Grillenhaftigkeit, habitueller Trübsinn).

I. Die Reizbarkeit des Gehirns kommt habituell vor bei schwächlichen und verwöhnten Individuen, überwiegend häufig bei Weibern, auch bei Kindern. Sie ist theils eine Folge ursprünglicher Anlage, theils bildet sie sich allmälig aus: durch zahlreiche, an sich oft unbeträchtliche Einflüsse der mannigfaltigsten Art, welche das Gehirn treffen, durch abnorme Functionirungen desselben und in Folge von wirklichen, durchgemachten oder noch fortbestehenden Krankheiten des Organs. Ganz besonders häufig kommt sie bei solchen Individuen mit acquirirter Körperschwäche vor, bei welchen die Ursachen, welche den Körper geschwächt haben, zugleich einen ungünstigen Einfluss auf das Gehirn ausübten: so bei Individuen, die durch Onanie, geschlechtliche Excesse, Trunkenheit sich zerrüttet haben, und bei der nach einem stürmischen Leben sich einstellenden Entkräftung des Körpers mit Blasirtheit. — Die Reizbarkeit des Gehirns findet sich aber auch als transitorischer Zustand im Verlaufe und in der Reconvalescenz von vielen Krankheiten, während der Schwangerschaft, in und nach dem Wochenbett, sowie sie durch alle die Zustände, welche die habituelle Reizbarkeit begründen können, vorübergehend hervorgerufen werden kann. In vielen Fällen ist die transitorische Reizbarkeit in Wahrheit nur eine Exacerbation oder ein Zutagetreten der bis dahin beherrschten und zurükgehaltenen Aeusserungen.

Die Reizbarkeit des Gehirns schliesst sich in den unmittelbarsten Uebergängen an Verhältnisse an, welche noch in die Breite der Gesundheit fallen: an das cholerische Temperament, an das weiche Gemüth, an die Characterschwäche und Haltungslosigkeit, und es ist in solchen Fällen sehr oft nicht zu sagen, soll man einen Zustand als sittliche Verirrung und als Schiefheit des Characters oder auch als vorübergehende Missstimmung oder aber als krankhaft bezeichnen. Dieselben Verhältnisse, welche als Folge der schlechten und mangelhaften Erziehung, der Verwöhnung und der Characterschwäche das ganze Leben hindurch die sittliche Individualität verunreinigen können, werden auf einem nicht zu bestimmenden Punkte entschieden krankhaft, schlagen in Krankheit um bei jeder zufälligen Schwächung des Körpers oder Kränkung des Gemüths, bei dem Nachlass der geistigen Kraft im vor-

gerückteren Alter, beim Conflicte mit ungünstigen Umständen. — Individuen, welche im Laufe von Krankheiten, während der Schwangerschaft, nach dem Wochenbette u. dergl. in den Zustand der Hirnreizbarkeit verfallen, sind meistens im Voraus dazu disponirt, oder ist in der That die Reizbarkeit schon früher vorhanden gewesen und es fehlten nur die Veranlassungen, sie zur Aeusserung zu bringen, oder waren solche wenigstens nicht im Stande, die Haltung zu überwinden. Doch kann es sicherlich auch geschehen, dass bei ganz wohl constituirten Individuen unter den angegebenen Umständen transitorisch die Reizbarkeit sich ausbildet, und es ist denkbar, dass zumal in der Schwangerschaft und im Wochenbett die osteophytischen Bildungen der inneren Schädelfläche mit dazu beitragen, eine transitorische Reizbarkeit zu begründen und während jener Zeiten häufiger zu machen.

II. Die abnorme Reizbarkeit des Gehirns ist ein Verhalten, das keine nothwendige Entwiklung hat; sie kann rasch bei einer genügenden Ursache in grosser Heftigkeit auftreten, sie kann sich allmälig aus den mildesten, noch in das Bereich der Gesundheit fallenden Graden entwikeln und durch neue Ursachen oder durch sich selbst sich fortwährend steigern; sie kann in jedem Augenblike zu Paroxysmen ausschlagen, oder sich ermässigen und verlieren.

Meist sind bei der abnormen Reizbarkeit des Gehirns die Sinne empfindlich: Schmerzen und unangenehme Zustände des ganzen Körpers werden widriger empfunden und influiren in höherem Grade auf die ganze psychische Stimmung. Hallucinationen sind ziemlich selten; wenn sie aber einmal eingetreten sind, wiederholen sie sich häufig und werden selbst mit einer Art von unbewusster Willkür hervorgerufen. Meist sind Wahnideen vorhanden, welche aber nicht den Character der Unmöglichkeit haben; sie bestehen gewöhnlich darin, dass der Kranke von ungerechtfertigtem Misstrauen beherrscht und gequält wird, sehr oft auch von der Furcht vor Unglük, vor Ruin, vor Krankheit, oft auch von der Furcht, geisteskrank zu werden. Solche Ideen sezen sich fest und obwohl der Kranke ihre Grundlosigkeit sehr wohl einsieht, vermag er doch nicht, sich ihrer zu erwehren. In den besten Verhältnissen fühlt er sich darum unglüklich, ohne dabei eigentlich schwermüthig zu sein, klagt über Missgeschik, das nicht existirt, jammert über künftiges Unglük und wenn nichts Anderes übrig bleibt, so ist es der Weltschmerz, der ihn plagt. In der Bestrebungssphäre zeigt sich troz des Drängens nach Aenderung der Verhältnisse, zumal nach Ruhe, troz eines grillenhaften Eigensinns, einer unbesiegbaren Widerspenstigkeit mehr oder weniger grosse Willenlosigkeit und die Kranken gestehen oft selbst, dass sie nicht wissen, was sie wollen; auch können sie sich nicht dazu verstehen, erreichbare Wünsche durch eigenes Eingreifen zu erstreben; sie sind troz der Rastlosigkeit, in der sie sich befinden, unthätig, oder bringen wenigstens nichts zustande. Durch die Launen und Grillen, in welchen sie allein Stärke zeigen, werden sie die Tyrannen ihrer Umgebung. Sehr häufig sind zitternde Bewegungen, entweder andauernd oder bei der geringsten Veranlassung; auch Krämpfe beobachtet man häufig und oft werden dieselben voraus angekündigt und zu Drohungen benüzt. Die Stimmung ist in den meisten Fällen eine äusserst wechselnde und immer mehr oder weniger unmotivirt: bald heiter und ausgelassen, bald weinerlich; sehr oft tritt ein Versinken in Stillschweigen ein, bei welchem der Kranke vor sich hinstarrt und eine momentane Ekstase eintritt. Heftige Affecte und rasch vertobende Leiden-

schaften treten auf geringe Veranlassungen ein und bringen bei solchen Kranken für Augenblike das Bild eines Tobsüchtigen hervor. Die Herrschaft über sich selbst geht wenigstens zeitweise verloren, und es gibt Momente und längere Perioden, in welchen diese Kranken entschieden unzurechnungsfähig sind. Das Gemüth ist oft weich und sentimental, sehr oft aber verhärtet und egoistisch. Die Succession der Hirnfunctionen geschieht in unmotivirten Sprüngen und in ungeordneten Aneinanderreihungen. Der Schlaf fehlt häufig viele Nächte lang ganz und immer trägt diess dazu bei, die Reizbarkeit noch weiter zu steigern; doch gibt es auch Kranke, bei denen er normal ist. Lebhafte Träume, Traumreden und Somnambulismus finden sich nicht selten. Unmachten kommen von selbst oder durch geringfügige Veranlassungen zustande; sie sind, wie die Krämpfe und wie manche andere Erscheinungen, in vielen Fällen halb simulirt, halb natürlich. — Unter den Secretionen ist besonders die der Thränen sehr abundant und tritt bei jeder Neigung zum Widerstand, bei jeder lebhafteren Vorstellung, ja ohne allen Grund ein, pflegt aber meistens den Zustand etwas zu erleichtern. Der Appetit ist gewöhnlich gering, die Ernährung leidet Noth und die Kranken werden meist mager. Zahlreiche Localbeschwerden werden geklagt, ohne dass sich objectiv wahrnehmbare Veränderungen auffinden liessen, und bei wirklichen Localstörungen oder Verlezungen sind die gefühlten Beschwerden oder Schmerzen unverhältnissmässig stark.

Dieser Zustand pflegt, wenn er einmal habituell ist, in den meisten Fällen das ganze Leben hindurch unter Schwankungen fortzudauern und recorrigirt sich nur selten mehr vollständig. Kürzer dauernde Zustände dieser Art gehen dagegen häufig von selbst oder durch zwekmässige Einwirkungen in den gesunden Zustand über. Aber es kann die abnorme Reizbarkeit des Gehirns auch in Schwermuth, in Manie, oder direct in Verrüktheit und Blödsinn übergehen, lezteres vornehmlich, wenn sich heftigere Krampfparoxysmen entwikeln und oft wiederholen, oder wenn die Individuen von Haus aus geistesarm oder schon vorgerükteren Alters sind. Endlich beschliesst in nicht wenigen Fällen eine acute Gehirnkrankheit mit oder ohne anatomische Störungen den Zustand durch den Tod.

Die abnorme Hirnreizbarkeit ist ein ganz alltäglicher Zustand, der viel zu wenig die Aufmerksamkeit der medicinischen Autoren auf sich gezogen hat. In den gelinderen Fällen sind es Leute, die wegen ihrer unmotivirten Empfindlichkeit und ihrer leicht erregbaren Ausbrüche von ihrer nachsichtigen Umgebung mit besonderer Schonung behandelt, aber sehr oft dadurch gerade um so empfindlicher und leidenschaftlicher werden. Vornehmlich sieht man bei Kindern mit abnormer Hirnreizbarkeit eine unangemessene Nachgiebigkeit oft genug die Ursache werden, dass sich der Zustand immer mehr zum Krankhaften gestaltet und steigert. In höheren Graden unterscheiden sich Individuen mit habitueller Gehirnreizbarkeit wenig oder gar nicht von Verrükten und haben namentlich Perioden, in welchen sie diesen vollkommen ähnlich werden. Aber diese Verrüktheit bleibt sich mehr gleich oder hebt sich auch vorübergehend wieder, und es können Pausen eintreten, die Monate und Jahre lang dauern, in welchen die Individuen ganz erträglich und zu allen Functionirungen geschikt sind. Ueberhaupt liegt der Unterschied von den eigentlich so genannten Geisteskranken eben darin, dass keine regelmässige und nothwendige Progression und Weiterentwiklung der Anomalie vorhanden ist. — Dabei bildet die abnorme Hirnreizbarkeit, obwohl sie oft genug ganz isolirt erscheint, in andern Fällen einen wesentlichen Antheil an zahlreichen sonstigen mehr oder weniger complicirten Störungen des Gehirns; sie mischt sich dem Symptomencomplexe der Hypochondrie, der eigentlichen Geisteskrankheiten, der Hysterie, ja selbst den

paralytischen Zuständen bei; sie ist ganz gewöhnlich bei allen chronischen organischen Krankheiten des Gehirns und findet sich fast in allen Fällen, wo überhaupt beträchtlichere Zufälle von Seiten dieses Organs längere Zeit bestehen. — Eigenthümlich ist bei dem reizbaren Gehirn die Neigung zur Simulation und Exageration der Symptome, welche Neigung selbst als eine krankhafte angesehen werden muss. In vielen Fällen ist gar nicht zu sagen, wie viel an der Willenlosigkeit, Haltungslosigkeit, an den Krämpfen, dem Zittern, den Schmerzen, der Unmacht wahr oder übertrieben oder simulirt ist, und oft wird eine Erscheinung zuerst simulirt, absichtlich hervorgerufen oder exagerirt, aber einmal in dieser willkürlichen Weise herbeigeführt, wird der Kranke über sich selbst nicht mehr Meister, das Phänomen wird natürlich und dauert selbst gegen den Willen des Kranken fort. Bei der Pflege und Behandlung solcher Kranken kann man nicht genug auf dieses Verhalten aufmerksam sein und muss sich ebensowohl vor zu grosser Nachgiebigkeit und Leichtgläubigkeit hüten, als andererseits vor der Voraussezung, dass bei einem Kranken, der einmal simulirt und übertrieben hat, nun Alles gemacht und absichtlich gesteigert sei.

III. Die Cur der Hirnreizbarkeit besteht vornehmlich

in einer kräftigen und consequenten psychischen Einwirkung, in Ablenkung von den Wahnvorstellungen, in Anordnung einer regelmässigen geistigen Thätigkeit und einer damit abwechselnden genügenden Ruhe;

in Stärkung der Constitution durch Muskelübung, durch Tonica und durch den Genuss einer reinen und kräftigen Luft;

in Anwendung der das Gehirn beruhigenden Mittel;

in Behandlung der Causalverhältnisse.

Von grossem Einfluss ist auf solche Kranke in vielen Fällen die Aenderung des Aufenthaltsorts und die Entfernung aus ihren gewöhnlichen Verhältnissen. Nachgiebigkeit und Consequenz muss in richtiger Weise den Umständen angepasst werden und man muss stets eingedenk sein, dass augenblikliche Vortheile, die man z. B. durch Gewährenlassen oder aber auch durch gewaltsame Unterdrükung erlangt, sehr leicht von dauernden Nachtheilen gefolgt sein können. Alle Aufgaben und Schwierigkeiten, welche die pädagogische Erziehung darbietet, wiederholen sich bei solchen Kranken in erhöhtem Maasse. Gegen die Anwendung von Arzneimitteln sträubt sich sehr häufig der Eigensinn, der ihnen keinen Nuzen zutraut, und jene sind, wenn nicht körperliche Zustände sie verlangen oder die psychische Stimmung ihrer Anwendung günstig ist, mit Maass zu gebrauchen. Warme Bäder sind in den meisten Fällen sehr nüzliche Beihilfsmittel, wiewohl durch sie allein eine Heilung nicht erwartet werden darf. Weniger heruntergekommene Subjecte werden sehr oft durch kalte Bäder, Seebäder u. dergl. wesentlich gebessert, obwohl diese Mittel nur mit Vorsicht zu gebrauchen sind. — Am meisten aber hat man dafür zu sorgen, dass die gefährlichen Uebergänge in Schwermuth, Manie und Blödsinn vermieden werden, wozu einerseits eine richtige und entsprechende Behandlung der Hirnreizbarkeit selbst, andererseits aber eine sorgfältige Abhaltung aller nachtheilig einwirkender und den Zustand steigernder Einflüsse dient. Freilich ist nicht zu verkennen, dass zuweilen Individuen mit Hirnreizbarkeit, nachdem sie einen Anfall von Schwermuth und Manie durchgemacht haben, vollständiger genesen, als je zuvor zu erreichen war. Aber die Gefahren einer solchen Weiterentwiklung der Krankheit sind zu gross, als dass man nicht ihren Eintritt, wenn immer möglich, verhüten müsste.

b. Hypochondrie.

I. Es gibt eine Anlage zur Hypochondrie, welche oft auf hereditären Verhältnissen beruht, zumeist in einem ängstlichen, weichen Gemüthe, in nervösem Temperamente und in allgemeiner Schwächlichkeit begründet ist. Die Anlage wird erworben oder gesteigert durch viele Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit, durch das Beispiel Anderer und durch die oft von einer schiefen Erziehung herrührende Gewöhnung, jeder körperlichen Beschwerde Wichtigkeit beizulegen. Unvollkommene Anschauungen

über die körperlichen Verhältnisse und über die Natur der Krankheiten steigern noch weiter die Anlage zur Hypochondrie. Oft wird die Anlage begründet oder Hypochondrie herbeigeführt durch übermässige, namentlich einseitige und wenig ansprechende Geistesanstrengung: daher Individuen mit sehr monotoner geistiger Arbeit, sei es mit solcher, welche eine Vertiefung und angestrengte Aufmerksamkeit nöthig macht (Mathematiker), sei es mit einer derartigen, welche nur eine oberflächliche und gleichsam mechanische Thätigkeit mit sich führt (Schreiber, Kanzleiarbeiter), vorzüglich der Krankheit unterworfen sind. Aber auch geistige Unthätigkeit, vornehmlich nach früher bewegtem Leben, Langeweile und das mit derselben verbundene vage und lahme Schweifen der Vorstellungen begründet die Anlage zur Hypochondrie. Alle deprimirende Affecte, die Leerheit des Gemüths, Kummer und Einsamkeit fördern die Hypochondrie; dessgleichen die unvollkommene und ungenügende Bethätigung der Muskel, das viele Sizen und eine körperlich unthätige Lebensweise.

Demgemäss kommt die Hypochondrie vornehmlich in dem erwachsenen Alter vor. Aber sie ist auch in der Jugend gar nicht selten, wenngleich sie hier meist andere Formen annimmt und andere Objecte hat. Selbst Kinder sind oft genug vollendete Hypochonder, jedoch vornehmlich dann, wenn durch Erziehung und Beispiel Veranlassung zu dieser Stimmung gegeben wurde.

Die Hypochondrie wird nicht selten bei Individuen beobachtet, welche ohne alle deutliche körperliche Störungen sind und scheinbar eine blühende Gesundheit geniessen. Doch lassen sich meist mehr oder weniger entwikelte, oft auch ziemlich dunkle Störungen in einzelnen Organen auffinden. Wenn aber auch körperliche Beschwerden jeder Art den Ausgangspunkt der Hypochondrie darstellen können, so geschieht diess doch am meisten bei Störungen des Darmcanals und zwar vornehmlich bei solchen, welche mit Verstopfung verbunden sind. Man sieht sehr oft durch eine wenigtägige Verstopfung die hypochondrische Stimmung zum höchsten Grade gesteigert, nach genügenden Stühlen dagegen rasch wieder beseitigt werden. Verminderung des Gehörvermögens ruft fast constant Hypochondrie hervor und dieselbe steigert sich bei gänzlicher Taubheit nicht selten zu den höchsten Graden. Die Krankheiten der äusseren Haut, vornehmlich wenn sie von langer Dauer sind, Entstellung herbeiführen und das Individuum in Folge davon den Umgang mit Andern meidet, sind häufig mit tiefen hypochondrischen Störungen verbunden; doch nimmt die Gehirnaffection bei Hautkrankheiten noch gewöhnlicher die Form der Melancholie an. Ganz besonders häufig zeigen sich hypochondrische Stimmungen bei Herzkranken chronischer Art und zwar fast häufiger im Anfange der Erkrankung und bei noch nicht weitgediehenen anatomischen Veränderungen. Weniger häufig, doch immerhin in manchen Fällen, bemerkt man eine hypochondrische Stimmung in der ersten Zeit der Lungentuberculose; allein sie verschwindet beim Fortschritt der Krankheit und macht in den meisten Fällen einer grossen Zuversichtlichkeit Plaz. Ferner gesellt sich die Hypochondrie besonders häufig zu Krankheiten der männlichen Genitalien und ist namentlich bei denen, welche mit Verminderung der

Potenz verbunden und nach vorangegangenem Onaniren zustandegekommen sind, ganz gewöhnlich. Die Onanie allein erregt, wiewohl mehr durch psychische Einflüsse und nach Hinweisung des Onanisten auf mögliche gefährliche Folgen, sehr oft eine tiefe Hypochondrie. Ausschweifungen haben nicht selten die gleiche Folge, vornehmlich wenn die Fähigkeit zu denselben anfängt sich zu vermindern. Frühere Syphilis bewirkt eigenthümliche Formen der Hypochondrie und es steht dahin, ob diess nur auf psychischem Wege geschieht oder ob directere Beziehungen der constitutionellen virulenten Erkrankung zu der Hirnstörung bestehen. Auch die Bleivergiftung und die Säuferkrankheit haben meist Hypochondrie im Gefolge. Endlich tritt in acuten Krankheiten und in der Reconvalescenz von solchen nicht selten eine hypochondrische Stimmung ein.

So gewiss es ist, dass sehr häufig psychische Einflüsse und Schiefheit des Geistes die hypochondrische Stimmung bedingen und auch bei einer genauen Untersuchung sich oft im ganzen Körper, namentlich in den für leidend erklärten Theilen keine Störungen auffinden lassen, so darf man darum doch selbst bei Abwesenheit aller derartiger Zeichen die Klagen des Hypochonders nicht für rein eingebildete oder gar für muthwillige halten. Einerseits ist eben die Gemüthsstimmung, mag sie nun durch schlechte Erziehung oder durch Gewohnheit oder durch was sonst erworben sein, sowie sie vorliegt, eine Krankheit und darum der ärztlichen Beobachtung und Behandlung vollkommen werth; andererseits zeigen sich nicht selten bei Hypochondern, welche Jahrzehnte lang über Beschwerden an gewissen Stellen geklagt hatten, ohne dass sich dort Etwas auffinden liess, schliesslich doch noch mehr oder weniger schwere Veränderungen, welche nicht als Folge der psychischen Stimmung angesehen werden können, namentlich Krebse. Man darf hiebei eine dunkle und unerklärliche Thatsache nicht übersehen, dass nämlich Krebse, welche offenbar keine so lange Dauer zu haben vermögen, sich an Stellen finden, die 20 und 30 Jahre zuvor schon als die leidenden bezeichnet wurden. So wenig dabei denkbar ist, dass von Anfang der Beschwerden an dort ein latenter Krebs bestanden habe, so bleibt doch kaum etwas Anderes übrig, als die Annahme, dass irgend eine uns vorläufig ganz unbekannte Störung, sei es eine unnachweisbare materielle, sei es eine Störung in der Innervation der Ausbildung des Krebses voranging; und bei der gänzlichen Unbekanntschaft mit der Genese der Krebsgebilde sind solche Fälle in der That interessant genug, indem sie darauf hinweisen, dass der Entstehung des Krebses locale Störungen unbestimmter Art, aber von grosser Hartnäckigkeit zuweilen vorausgehen.

II. Die Hypochondrie entwikelt sich gewöhnlich allmälig, selten und meist nur bei stark wirkenden Gelegenheitsursachen plözlich. Es bildet sich aus einem mehr oder weniger deutlichen körperlichen Krankheitsgefühl eine niedergeschlagene, gereizte, ängstliche Stimmung, bei welcher Vorstellungskreise herrschend und occupirend werden, die sich auf die Art und Gefährlichkeit wirklicher oder vermeintlicher Gesundheitsstörungen beziehen. Dunkle Hallucinationen und zahlreiche Empfindungen des eigenen Körpers, Gemeingefühlshallucinationen pflegen sich bald und in wachsender Mächtigkeit einzustellen. Anfangs werden sie wenigstens zum Theil noch als irrig erkannt, aber bald, mindestens zeitweise für reelle Zeichen interner Störungen gehalten. Daraus entwikeln sich Wahnvorstellungen von mehr oder weniger bizarrer Art, meist und vornehmlich auf die Gesundheitsverhältnisse sich beziehend, zuweilen aber auch diese Sphäre überschreitend und in einem unmotivirten Misstrauen gegen Angehörige, gegen die eigene Stellung und sonstige Persönlichkeitsverhältnisse sich äussernd. Diese Wahnvorstellungen sind gewöhnlich sehr wechselnd, schlagen oft um und können auch von richtigerer Einsicht unterbrochen

sein. Die Stimmung wird dadurch immer launischer, verdrüsslicher und weinerlich; doch wechselt sie mit Hoffnung, die sich besonders auf alles Neue wirft. Der Trieb der Selbsterhaltung ist höchst gesteigert und es wird daher eine ängstliche Untersuchung aller auf die Gesundheit bezüglicher Verhältnisse mit einer gewissen Vorliebe für ekelhafte Gegenstände (Fäces, Harn), ein Hilfesuchen an allen Orten, ein eifriges Trachten nach medicinischer Belehrung und medicinischer Lectüre bei den Hypochondern bemerkt. Zuweilen ist noch ein gewisser Trieb nach Bewegung vorhanden und viele Hypochonder laufen sich täglich müde: dagegen ist die Lust zu wirklicher Arbeit sowie der Geselligkeitstrieb meist vermindert, dabei aber gewöhnlich eine grosse Mittheilsamkeit, vornehmlich in Beziehung auf vorhandene oder eingebildete Leiden da. Häufig entsteht Widerwille gegen sonst geliebte Personen. Nicht selten sind Anwandlungen von Selbstmordideen, die aber bei der Muthlosigkeit des Kranken nicht leicht zur Ausführung kommen. Der Hypochonder ist im höchsten Grade bedenklich, furchtsam, oft ganz willenlos, hat aber nichtsdestoweniger zuweilen einen starren Eigensinn in Bezug auf einzelne vorgefasste Meinungen; auch hat er viele Grillen. Die Bewegungen sind, auch so lange sie an sich noch kräftig ausgeführt werden, zitternd; häufig findet sich Zusammenschreken, Eingenommenheit des Kopfs, Kopfschmerz und Schmerzen in allen Theilen oder Empfindungen, welche in der sonderbarsten Weise plastisch verarbeitet und ausgeschmükt werden. Oft ist Herzklopfen vorhanden, die Respiration nicht selten erschwert, von Seufzern unterbrochen. Der Appetit mangelt; doch wechselt diess bei Manchen mit Gefrässigkeit ab. Saures Aufstossen und mannigfache Verdauungsbeschwerden, Flatulenz und vor Allem Verstopfung sind gewöhnliche Leiden und die leztere steigert regelmässig die Beschwerden. Das Colorit ist in den höheren Graden der Hypochondrie mehr oder weniger missfarbig, die Gesichtszüge sind ängstlich und oft erschlafft. Abmagerung stellt sich in vielen Fällen ein.

Der Verlauf der Hypochondrie ist in den meisten Fällen chronisch, jedoch mit Intermissionen und Remissionen. Oft wird die Hypochondrie durchaus habituell. In andern Fällen mässigt sie sich oder verschwindet bei Aenderung der Lebensverhältnisse; nicht selten geht sie in einen finstern, grämlichen Blödsinn über.

Die anatomischen Erfunde bieten gewöhnlich nichts dar, was auf den psychischen Zustand bezogen werden könnte, oder auch mit ihm nur in Zusammenhang zu bringen wäre.

Ueber die eigenthümliche, durch früher durchgemachte Syphilis herbeigeführte Hypochondrie (Syphilidophobie) s. Bd. IV. pag. 149.

III. Die **Behandlung** der Hypochondrie gibt folgende Indicationen:

1) die Cur der zu Grunde liegenden körperlichen Krankheit und aller derjenigen Störungen im Körper, deren Auftreten und Vorhandensein die hypochondrische Stimmung steigert, vornehmlich der Stuhlverstopfung;

2) die psychische Behandlung, welche theils durch Zerstreuung und Ableitung, theils durch vorsichtige und unwiderlegbare Ueberführung der falschen Urtheile und Vorstellungen zu wirken suchen muss;

3) die Anwendung beruhigender Mittel für das Gehirn;

4) die Kräftigung der gesammten Constitution, besonders durch Einwirkungen auf die Haut (kalte Bäder, Seebäder), auf die Lungen (reine und etwas kräftige Luft), auf die Ernährung (tonische Mittel und zwekmässige Diät), endlich durch angemessene Bewegung.

Die Behandlung der Hypochondrie bietet grosse Schwierigkeiten dar und erfordert grosse Umsicht, Geduld und Klugheit von Seiten des Arztes. Ein zu geneigtes Eingehen des Lezteren auf die Klagen des Kranken gilt diesem als eine Aufmunterung, deren immer noch zahlreichere zu ersinnen, bringt zwar für den Augenblik Vertrauen hervor, das aber selten lange anhält. Wird dagegen zu wenig Gewicht auf die vorhandenen oder vermeintlichen Beschwerden des Kranken gelegt, so geht meist aller Einfluss und alles Zutrauen verloren. Das Verhalten muss dem Einzelfalle, seinen Launen und Wechselfällen angemessen sein; in den meisten Fällen aber ist es für den Arzt unerlässlich, den Hypochonder in eine gewisse geistige Abhängigkeit von sich zu bringen und die errungene Ueberlegenheit mit Energie und selbst mit einer Art von Despotismus festzuhalten. — In Betreff der somatischen Mittel ist der nicht nur vermeintliche und von dem Kranken überschäzte, sondern auch wirkliche günstige Einfluss der Laxirmittel ein Umstand, den die Therapie sehr wohl in ausgedehntem Maasse benüzen darf, wofern nicht specielle Contraindicationen gegen die Anwendung der Laxantien vorliegen: vor Allem aber sind die mild oder stark eröffnenden Sommercuren mit Molken, Kräutersäften, Mineralwässern, mit denen der Gebrauch von Bädern, der Genuss einer reinen Luft und eine reichliche Bewegung sich verbindet, von dem allerentschiedensten Nuzen, verscheuchen wenigstens die hypochondrischen Grillen für etliche Monate und müssen im Nothfalle in jährlich wiederholter Anwendung gebraucht werden. Am meisten freilich nüzen sie denen, welche das ganze Jahr unter der Last von Geschäften und Widerwärtigkeiten, hinter dem Arbeitstische und in naturwidrigster Lebensweise verbringen, während sie dem arbeitslosen, sich langweilenden und von allen Bequemlichkeiten umgebenen Hypochonder gewöhnlich keinen Vortheil bringen und nur seine Missstimmung steigern; in solchen Fällen ist der Gebrauch einer angreifenden Cur, eines Seebads, einer Kaltwasserheilanstalt oder überhaupt irgend einer mit dem gewöhnlichen, verweichlichenden Hinbringen der Tage contrastirenden Cur vorzuziehen.

2. Acute psychische Verwirrung, transitorische Manie.

I. Individuen mit psychischer Reizbarkeit sind dem Eintritt isolirter acuter psychischer Verwirrung vornehmlich unterworfen, daher auch Leute, welche durch Missgeschik, Gemüthsversenkung, geistige Anstrengungen und eine excedirende Lebensweise in eine bewegte Stimmung versezt sind. Doch können nach mächtigen Gelegenheitsursachen die ekstatischen Exaltationen auch bei der ruhigsten Gemüthsverfassung und Gemüthslage auftreten. — Die acuten, transitorischen Verwirrungen treten vornehmlich ein durch heftige Aufregungen und Affecte, nach anstrengenden Excessen, besonders in alcoolischen Getränken und in sexueller Beziehung. Auch entwikeln sie sich nicht selten unmittelbar aus der durch den Excess selbst hervorgerufenen Aufregung und Exaltation, aus dem gesteigerten Affecte. Sie finden sich ferner nach übermässigen Anstrengungen, sowohl körperlichen als auch intellectuellen, und treten in dieser Beziehung bald auf dem Gipfel der Anstrengung, bald im Verlaufe der nach derselben eintretenden Erschöpfung ein. Dessgleichen sieht man sie zuweilen an Krämpfe sich anschliessen, sei es im Culminationspunkte des Krampfes entstehend, sei es erst nach Wiedererschlaffung der Muskel eintretend. Auch heftige Schmerzen und andere aufregende Empfindungen, wie anhaltender Kizel, starke und bunte Sinneseindrüke, lebhafte Träume und Hallucinationen

können eine Ekstase herbeiführen. Durch rasch entstehende Hyperämieen des Gehirns, wie andererseits durch schnell herbeigeführte Anämieen des Organs sieht man solche Affectionen entstehen. Es können ferner verschiedene Intoxicationen ähnliche Zufälle hervorbringen. Eigenthümlich und unter dem Zusammenwirken verschiedener Einflüsse, zuweilen auch in nicht genügend zu erklärender Weise treten transitorische Manieen nach Verlezungen und im Wochenbett ein.

In den meisten Fällen. wo acute psychische Verwirrung vorkommt, findet man ein Zusammenwirken mehrerer Ursachen. am häufigsten ein angeborenes leidenschaftliches Wesen, psychische Aufregung, Sorgen, Furcht, Reue und Gewissensbisse, ferner einen, wenn auch noch nicht bis zu wirklicher Vergiftung geführt habenden Genuss geistiger Getränke und sehr oft körperliche Schmerzen an verschiedenen Stellen, am meisten im Kopfe. Durch die Mannigfaltigkeit der möglichen Combinationen stellen sich diese Einflüsse und stellt sich daher die Geschichte des Falls in sehr verschiedener Weise dar. und häufig ist, was als Ursache angenommen wird, nur das den lezten Ausschlag gebende Moment. Manche Individuen verfallen hin und wieder in solche ekstatische Paroxysmen, welche ihrer Umgebung sehr wohl bekannt sind und während deren man weiss, dass man sie gewähren und in Ruhe bringen muss. Solche Anfälle einer Art von Berserkerwuth sind besonders bei Trunksüchtigen nicht selten, selbst bei solchen, die niemals in Delirium tremens verfallen. Aber auch andere Individuen, z. B. hysterische Weiber, haben hin und wieder einen solchen Raptus, bei dem man ihnen aus dem Wege geht. In politisch aufgeregten Zeiten begegnet man häufig dieser Form der Ekstase, und auch eine Art von psychischer Anstekung scheint nicht selten in dieser Beziehung vorzukommen, indem Individuen derselben Familie, mehrere oder viele Bewohner eines Institute, Pensionats, einer Strafanstalt, eines Hospitals, Gebärhauses etc. rasch hinter einander in dieselbe Exaltation verfallen. Ferner kommt bei Menschen, welchen die Nahrung längere Zeit entzogen und kärglich zugemessen war, oder bei solchen, welche starke Blutungen und Ausleerungen erlitten haben, nicht selten eine ekstatische Exaltation vor. Es sind das nur wenige Beispiele für das häufige Vorkommen solcher ekstatischer Zustände. — Zweierlei Verhältnisse sind es aber, welche vornehmlich die Aufmerksamkeit auf sich gezogen und, wiewohl nicht zur Erleichterung des Verständnisses, zur Aufstellung zweier specieller Krankheitsformen Veranlassung gegeben haben: die acute Verwirrung nach Verlezungen und die im Wochenbett. Es ist zuzugeben, dass die Ekstasen, welche unter diesen beiden Verhältnissen vorkommen, im Durchschnitt fixirtere Formen darstellen, als die sonst zur Beobachtung kommenden Fälle und dass das eigenthümliche Verhältniss der Individuen eine specielle Aufmerksamkeit auf diese Formen rechtfertigt; allein wesentlich unterscheiden sie sich von andern acuten Veränderungen nicht. Die Form, welche bei zufällig Verlezten und nach Operationen vorkommt und welche man auch das Delirium traumaticum oder nervosum genannt hat, nimmt man vornehmlich bei ängstlichen und aufgeregten Individuen, nach missglükten Versuchen zum Selbstmord, ferner bei Trunkenbolden und schlechtgenährten Individuen wahr. Die Operationen, nach welchen die Krankheit vorkommt, sind vornehmlich die lange dauernden und schmerzhaften: auch nach Fracturen beobachtet man diese Form der Verwirrung zuweilen; aber sie entsteht hin und wieder selbst bei sehr geringfügigen Operationen und Verlezungen, und ich habe einen Fall gesehen, wo ein Knabe, der wegen Blasensteins catheterisirt werden sollte, bei jedem Versuche, den Catheter anzulegen, in das heftigste Delirium mit sonstigen ekstatischen Zufällen gerieth. Die Form, welche bei Wöchnerinnen vorkommt und als Puerperalmanie bezeichnet wird, zeigt sich vornehmlich bei Individuen, die eine erbliche Anlage zu Geisteskrankheiten haben, bei Leuten von geringer intellectueller und Characterbildung, von hysterischem und leidenschaftlichem Wesen, meist bei unehelich Geschwängerten oder bei Individuen aus niederen Ständen. Oft geht schon in der Schwangerschaft ein Zustand von Launenhaftigkeit und Reizbarkeit oder eine gedrükte und schwermüthige Gemüthsstimmung voraus. Die nächste Veranlassung zum Ausbruche der Verwirrung liegt zuweilen in einem unbedeutenden Aerger oder Schrek, oder entsteht die Erkrankung bei irgend einer andern körperlichen Störung während des Wochenbetts oder auch ohne alle besondere Veranlassung; auch kann sie während und unmittelbar nach der Geburt eintreten; am häufigsten ist sie in der zweiten Hälfte der ersten Woche und in der zweiten Woche, kommt aber zuweilen auch in der Lactationsperiode und vornehmlich beim Abstillen vor und hat zu der sehr populär gewordenen Hypothese der Milchcongestionen und Milchmetastasen Veranlassung gegeben.

II. Dem Ausbruch der acuten psychischen Verwirrung gehen zuweilen eigenthümliche Zufälle voraus, namentlich Kopfweh oft von ausserordentlicher Heftigkeit, Schlaflosigkeit, schrekhafte Träume, ein eigenthümliches und sonderbares Benehmen, Lachen oder Weinen ohne Grund, vieles, hastiges und kurz herausgestossenes Sprechen, ungewöhnliche Einfälle und Launen, befremdende Begehrungen, auffallender Blik, Veränderung der Gesichtszüge, hastige Bewegungen und selbst Krämpfe. Aus diesen Zufällen kann sich in allmäliger Steigerung der Paroxysmus zu mehr oder weniger vollkommenem Grade entwikeln; zuweilen tritt dieser aber auch ganz plözlich mit Delirien oder einer gewaltthätigen Handlung ein. Die Form des Anfalls ist in den meisten Fällen die einer maniacalischen Exaltation und Tobsucht, bald mit fixen, bald mit schweifenden Delirien, bald in heiteren Formen mit Lachen, Singen, Declamiren, bald in düsteren Formen mit schrekhaften Bildern, grosser Angst und Geneigtheit zu gewaltthätigen Handlungen, bald sind beide Formen unter einander wechselnd. Dabei ist das Gesicht bald roth, bald bleich, das Auge glänzend, die Muskel sind in beständiger Unruhe, die Empfindungen vermindert, die Kranken fühlen weder ihre alten Schmerzen, noch scheuen sie sich, sich selbst zu verlezen. Oft ist Geschlechtsaufregung vorhanden und zuweilen völlige Raserei. Dabei ist der Puls gewöhnlich ruhig und normal, nur seine Celerität gesteigert; doch zuweilen ist er auch frequent. Die Hauttemperatur ist mässig vermehrt, die Hände kühl, die Haut ohne Schweisse, der Appetit fehlt meist, oft ist lebhafter Durst vorhanden und die Secretionen sind gewöhnlich vermindert. — Seltener zeigt sich die Ekstase in der Form der psychischen Erstarrung, bei welcher die Kranken fast regungslos vor sich hinstarren, nur einzelne verwirrte und undeutliche Worte murmeln, jede Antwort verweigern, nicht oder nur gezwungen Speise zu sich nehmen, Urin und Fäces apathisch ins Bett gehen lassen. Nicht selten wechseln mit diesen psychischen Erscheinungen heftigere Convulsionen und kurzdauernde tetanische Krämpfe ab. Zuweilen zeigen sich Zwerchfellskrämpfe und dadurch enorm beschleunigte Respiration, Auftreibung des Leibes mit Gas und andauernde Contracturen in einzelnen Muskeln.

Solange der Paroxysmus in seiner Heftigkeit dauert, sind die Kranken gewöhnlich vollkommen schlaflos. In den meisten Fällen mässigt sich jedoch der Paroxysmus und zwar zuweilen schon in einigen Stunden oder doch in wenigen Tagen, es tritt Schlaf ein, dem ein ruhigerer und etwas hellerer Zustand folgt, und unter wiederholtem Eintritt von Schlaf stellt sich meist in kurzer Zeit das normale Verhalten vollkommen wieder her. Zuweilen aber kommen wiederholte Recidive; zuweilen zieht sich die Herstellung durch eine Periode von Verwirrtheit, welche sich nur langsam ausgleicht, Wochen und Monate hindurch in die Länge, ja es kann ein Zustand von Verrüktheit oder von Schwermuth in der Form progressiver psychischer Zerrüttung oder auch stationärer Blödsinn sich anschliessen. Endlich kann es geschehen, dass ganz plözlich oder unter zunehmender Erschöpfung (meist um den dritten bis fünften Tag und zwar gewöhnlich unter rasch zunehmender Beschleunigung des Pulses, der gegen den Ein-

tritt des Todes hin zuweilen eine ganz enorme Frequenz erreicht), oder aber durch irgend eine sonstige gleichzeitige Krankheit, durch die Art der Verlezung etc. der Tod erfolgt.

Der Hergang bei diesen acuten Verwirrungen ist je nach den Umständen, der Individualität, den Ursachen, welche gewirkt haben, den Einflüssen, unter denen sich das Individuum befindet, mannigfach verschieden und es ist unmöglich, in der Beschreibung alle diese Differenzen aufzunehmen. Auch ist es überflüssig, auf dieselben ein grösseres Gewicht zu legen, da sie für die Beurtheilung des Falls von höchst untergeordnetem Werthe sind. Von Wichtigkeit sind allerdings die beim ersten Ausbruch der Ekstase zuweilen begangenen Gewaltthätigkeiten und die Fälle von sogenannter Mania sine delirio gehören ohne Zweifel in diese Categorie. — In den Fällen, in welchen der Tod erfolgt, findet sich, wenn nicht Complicationen bestehen, entweder gar keine Veränderung oder wenigstens keine solche, welche irgend in constanter Weise sich wiederholen würde oder auch nur die Störung der psychischen Functionen entfernt erklären könnte.

Ein besonderes Interesse erregen die mehr fixirten Formen, wie sie nach Verlezungen und im Puerperium auftreten.

1) Delirium traumaticum oder nervosum.

Die ersten Spuren des Delirium pflegen sich oft schon am Tage der Verlezung oder der Operation, zuweilen an dem folgenden, selten nach dem dritten Tage einzustellen. Sie kündigen sich durch sonderbares Benehmen des Kranken an: er spricht viel, aber in kurzen und abgebrochenen Säzen, ist ausgelassen in seinen Einfällen, seine Bewegungen sind hastig, sein Blik auffallend. Er klagt über frühere Beschwerden nicht mehr oder hat zuweilen heftigen Kopfschmerz. Einem aufmerksamen Arzte entgehen diese Erscheinungen nicht und eine genaue Rüksichtnahme auf dieselben ist um so mehr erforderlich, als jezt noch durch Vorsichtsmaassregeln die Gefahren der Catastrophe zum Theil verhütet werden können. — Nach einer schlaflosen oder durch lebhafte schreksame Träume gestörten Nacht bemerkt man meist schon einige Verwirrung der Ideen, die Augen sind glänzend, das Gesicht geröthet; die Kranken werden immer unruhiger. Alle Schmerzen scheinen nun bei ihnen verschwunden zu sein: sie zerren an ihrem Verband, sie reissen die Nähte auf, stüzen sich auf die gebrochenen Glieder, schreien und singen bei zerbrochenen Rippen. Sie wollen entlaufen, fangen an zu toben und gegen ihre Umgebung zu wüthen. Dabei ist der Puls ganz ruhig und normal, keine Spur von Fieber vorhanden, die Secretionen bleiben natürlich. Dagegen wird während des ganzen Anfalls keine Nahrung verlangt. — Zuweilen tritt die Tobsucht auch ganz plözlich ein, so dass im Momente einer Verlezung, Operation oder im Verlaufe der Behandlung ganz unerwartet der Kranke zu deliriren und zu toben anfängt. — In der Mehrzahl der Fälle, namentlich bei zwekmässiger Behandlung, endet die Krankheit in Genesung. Nach einigen Tagen sinkt der erschöpfte Kranke in einen langen und tiefen Schlaf aus welchem er ohne Erinnerung an das Vergangene, aber mit hellem Verstande erwacht. Der Appetit kehrt wieder, die Schmerzen der Verlezung werden wieder gefühlt. Zuweilen aber tritt nach einigen Tagen ein zweites, in selteneren Fällen selbst ein drittes Recidiv ein; aber in jedem derselben sind die Zufälle geringer. — Wenn die Krankheit in den Tod übergeht, so geschieht das meist am dritten bis fünften Tage unter zunehmender Exaltation und mit endlich eintretender Erschöpfung.

2) Mania puerperalis.

Wo die Manie während der Geburt eintritt, ist sie gewöhnlich nur eine vorübergehende Erscheinung. In den geringeren Graden, welche man gar nicht selten beobachtet, bei denen es aber immer zweifelhaft ist, ob man den Fall schon zur Puerperalmanie rechnen soll, wirft sich die Kranke auf ihrem Lager hin und her, ist in den Wehenpausen bald ziemlich ruhig, bald jammert sie in Einem fort, beim Beginn der Wehen aber und besonders dann, wenn die Frucht dem Bekenausgange sich nähert oder wenn der Kopf im Durchschneiden ist, brüllt sie laut auf, die Gesichtsmuskeln zuken convulsivisch, die Augen rollen wild in den Höhlen umher, die Gebärende stösst Verwünschungen gegen die Umgebung, gegen den Vater des Kindes und gegen lezteres selbst aus. Mit der Geburt des Kindes ist die ganze Scene zu Ende und die Gebärende bietet weiter keine Abweichung von der Norm dar. — In den höheren Graden wird die Kranke erst kleinmüthig und verzweifelt, und es tritt darauf eine totale psychische Verwirrung ein, in welcher sie sich ihrer eigenen Handlungen nicht mehr bewusst ist. In solcher maniacalischer Aufregung geschieht es nicht selten, dass die Frau das eigene Kind ermordet und dass sie mit der Rükkehr der Vernunft sich nicht erinnert, was mit ihr vorgegangen oder was

sie gethan. Mancher Fall von Kindesmord gehört in diese Categorie und es muss bei der Beurtheilung solcher Fälle immer die höchste Vorsicht und eine genaue Beachtung aller, namentlich der ätiologischen Momente stattfinden. Auch diese höheren Grade von Manie unter der Geburt geben meist eine günstige Prognose und weichen gewöhnlich mit der Ausstossung des Kindes oder einige Stunden danach. Das tödtliche Ende scheint in diesen Fällen immer nur durch begleitende Krankheiten, namentlich puerperale herbeigeführt zu werden.

Wo die Manie dagegen erst im Verlaufe des Wochenbetts oder des Säugungsgeschäftes eintritt, ist sie gewöhnlich von Vorläufern angekündigt. Entweder tritt plözlich ohne bekannte Gründe Kopfschmerz ein von ganz entsezlicher Heftigkeit, der sich schnell zur Manie steigert, oder aber, was häufiger stattfindet, es zeigt die Wöchnerin, die Stillende plözlich ein eigenes befremdendes Benehmen. Sie spricht viel und hastig, lacht beim geringsten Anlass und kann vor Vergnügen kaum zu Athem kommen. Dazwischen hinein fängt sie aber mit ebensowenig Grund bitterlich zu weinen an; sie ist im höchsten Grade aufgeregt, launisch und ärgerlich. Nach einer unruhigen oder vollkommen schlaflosen Nacht fangen die Vorstellungen an, sich etwas zu verwirren, die Kranke spricht von Dingen, welche nicht geschehen sind, zeigt Misstrauen gegen ihre nächsten Angehörigen, verwechselt die Worte und spricht in rüksichtsloser Weise über Dinge, welche der Anstand oder der eigene Vortheil sie verschweigen lassen sollte. Sie verräth die innersten Geheimnisse ihrer Gedanken, wird grob und beleidigend in Wort und oft in That, und nicht selten zeigt sie einen aufgeregten Geschlechtstrieb. Der Lochialfluss nimmt nun ab, die Scheide wird troken und heiss und es scheint diese üble Erscheinung mit zu der erotischen Aufregung beizutragen; die Brüste schwellen ab und werden schlaff; die Darmsecretion stokt, die Haut ist bald troken, bald aber übergossen mit Schweiss. — Bald, gewöhnlich schon nach 24 Stunden artet dieser Zustand in vollständige Raserei und Tobsucht aus. Die Kranken schreien in Einem fort, singen, lachen, schlagen um sich, wollen Alles zerstören, oder sind zärtlich, küssen Andern die Hände und fordern durch Worte und Geberden zu Umarmungen und selbst geradezu zum Coitus auf. Der Puls ist dabei oft ruhig, oft frequent. Meist dauert ein solcher Paroxysmus nur einen halben Tag, kehrt aber gewöhnlich wieder. Die ganze Krankheit kann zwar mit einem einzigen Paroxysmus zu Ende sein, hält aber meist einige Tage, selbst Wochen an. In günstigen Fällen wird die Kranke allmälig ruhiger, die Paroxysmen werden gelinder, sie schläft ein und es erfolgt vollständige Genesung. Der Ausgang in bleibende Verrüktheit ist ausser bei verkehrter Behandlung besonders dann zu fürchten, wenn zuvor schon Anlage zu Geisteskrankheit bestanden hatte, oder wenn schon vorher Anfälle von Wahnsinn dagewesen waren. Der Tod erfolgt, wenn man von den Fällen absieht, die schliesslich an chronischem Wahnsinn zu Grunde gingen, theils durch begleitende Puerperalkrankheiten, namentlich Endometritis, Metrophlebitis und Peritonitis, theils durch Erschöpfung und Collaps ohne irgend eine nachweisbare anatomische Störung.

III. Die Aufgabe der Therapie bei der acuten psychischen Verwirrung ist ausser Berüksichtigung der causalen Verhältnisse und der begleitenden Erkrankungen vornehmlich Beruhigung, welche theils durch zwekmässige psychische Einwirkung, durch Ruhe der Sinne, theils durch alle überhaupt auf das Gehirn beruhigend wirkenden Mittel zu erstreben ist. Von grossem Vortheil ist die Anwendung keker Dosen von Morphium, nöthigenfalls in Klystirform, um dadurch einen Schlaf zu erzwingen, welcher in den meisten Fällen einen wohlthätigen Einfluss übt. Auch nach demselben kann die Anwendung geringerer Dosen von Opiaten fortdauern und es muss wieder zu grösseren gegriffen werden, sobald recidive Exaltationen sich zeigen. Bei Contraindicationen des Morphium kann die Blausäure und die Digitalis mit Nuzen an seine Stelle gesezt werden.

3. Die progressive psychische Verwirrung (Geisteskrankheit, Seelenstörung, Vesania, Alienatio mentalis, Folie).

Die frühere Medicin enthält nur sparsame Notizen über Geistesstörungen. Die *erste* wissenschaftliche Verwerthung der Beobachtungen über Geisteskranke stammt

von Cullen, der auch schon die beiden entgegengesezten Formen der Gehirnzustände, die Aufregung und die Depression (excitement and collaps) in vollkommener Schärfe aufgestellt hat. Doch blieb seine Darstellung, die seinem Werke (Elements of medicine) einverleibt ist, auf die Hauptpunkte beschränkt. Dagegen lieferte sein Schüler Arnold 1782 das erste Sammelwerk über Geisteskrankheiten (Observat. on the nature, kinds, causes and prevention of insanity, lunacy or madness). Ziemlich gleichzeitig damit theilten einige englische Practiker: Perfect (Select cases in the different species of insanity, lunacy or madness 1787), Harper (a treatise on the real cause and cure of insanity 1789), Pargeter (Observat. on maniacal disorders 1792), Ferriar (Medical histories and reflections 1792 u. 1795) und Haslam (Observ. on insanity, with practical remarks on that disease) ihre Beobachtungen, welche den Ausdruk jener natürlichen, aber practischen Empirie tragen, der den englischen Schriftstellern über Medicin so characteristisch ist, mit. Man kann diese Arbeiten nur als die Vorläufer einer wissenschaftlichen Behandlung des Gegenstandes ansehen. Ebenso können die deutschen Darstellungen von Weickert (der philosophische Arzt III. 1782), die Mittheilungen von Ehrhardt (in Wagner's Beiträgen zur Anthropologie I. u. II. 1794) und die Schrift von Langermann (de methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda 1797) als Vorläufer der gründlicheren Bearbeitung der Psychiatrie angesehen werden.

Eine solche wissenschaftliche und gründliche Bearbeitung wurde ziemlich gleichzeitig und offenbar in gegenseitiger Unabhängigkeit in den vier civilisirten Ländern: in Italien durch Chiarugi (Della pazzia in genere e in specie; trattato medico-analitico, con una centuria di osservazioni 1793), in England durch Crichton (On inquiry into the nature and origin of mental derangement 1798), in Deutschland durch Hoffbauer (Untersuchungen über die Krankheiten der Seele und die verwandten Zustände 1802) und in Frankreich durch Ph. Pinel (Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie 1806) unternommen und durchgeführt. Chiarugi hatte unter seinen Landsleuten keinen namhaften Nachfolger. Die Engländer fuhren fort, in der ihnen eigenen Weise die mehr technischen Seiten der Irrenverpflegung auszuführen, wobei sich ausser den Aerzten auch Geistliche betheiligten; doch wurde von ihnen auch den anatomischen Verhältnissen des Gehirns bei Geisteskranken Rechnung getragen. Unter den Leistungen dieser Nation sind vornehmlich hervorzuheben: Mason-Cox (Practic. observ. on the insanity, and considerations on the manner of treating diseases of the human mind 1804, 1808, 1813), einige weitere Arbeiten von Haslam, Crowther (Pract. remarks on insanity etc. 1811), Rush (Medic. inquiries and observations upon the diseases of the mind 1812), Marshall (the morbid anatomy of the brain 1815), Burrows (Inquiry into certain essays, relative to insanity and their consequence 1824), Knight (Observ. on the causes, symptoms and treatment of derangement of the mind etc. 1827), Combe (Observ. on mental derangement etc. 1831), Gaitskell (On mental derangement 1835), Prichard (treatise on insanity and other disorders affecting the mind 1835), Ellis (a treatise on the nature, symptoms, causes and treatment of insanity 1838), Thurnam (Observ. and essays on the statistiques of insanity 1846), Monro (Remarks on insanity 1851). — Die deutsche Psychiatrie nahm im Anfang des Jahrhunderts einen glänzenden Aufschwung, vornehmlich durch die Arbeiten von Hoffbauer (Op. c.) und Reil (Rhapsodieen über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen 1803), welche bei all dem philosophischen Geiste, von dem ihre Schriften durchdrungen sind, eine nüchterne und practische Anschauung sich erhielten, dabei aber den Grund zu der sogenannten psychischen Theorie legten. Nach dieser wurden diese Erkrankungen als wirkliche Krankheiten der Seele angesehen, eine Ansicht, welche in der Sündentheorie Heinroth's (Lehrb. der Störungen des Seelenlebens 1818) in systematischem Detail zwar mit Scharfsinn, aber nicht ohne mystische Beimischung ausgeführt und auch von Beneke (Beitr. zu einer rein seelenwissenschaftl. Bearbeitung der Seelenkrankheitskunde 1824) vertreten wurde. Gegen diese psychische Schule erhoben sich hauptsächlich Nasse (in zahlreichen Aufsäzen vorzüglich in seinem Organe: Zeitschr. f. psych. Aerzte 1818 bis 1822, Zeitschr. f. d. Anthropologie 1823 bis 1826, Jahrb. f. Anthropologie 1830) und Jakobi (in einzelnen Abhandlungen und in seinem Organe: Sammlungen für die Heilk. der Gemüthskrankheiten 1822 bis 1825 und in der Schrift: Beobacht. üb. d. Path. u. Ther. der mit Irresein verbundenen Krankheiten 1830), welchen sich bald die Mehrzahl der Irrenärzte anschloss und die sogenannte deutsche somatische Schule bildete. Nach dieser Ansicht, welche bald strenger, bald weniger ausschliesslich festgehalten, bald mehr bald weniger übertrieben wurde, sind die psychischen Krankheiten von einem somatischen Leiden abhängig und zwar nicht etwa bloss von einem solchen des Gehirns; sondern mit

überwiegender Vorliebe wurde der Ausgang derselben in extracephale Organe, vor allen in die Unterleibsorgane gesezt: Manche gingen soweit, die Geistesstörungen im engern Sinne vom Gehirn, die sogenannten Gemüthskrankheiten von den Brustnerven und die sogenannten Willenskrankheiten von den Bauchnerven abzuleiten. So richtig gewiss die Forderung war, bei den Störungen der Hirnfunctionen den Einfluss der andern Organe nicht ausser Acht zu lassen, so war es doch kein Vortheil für die wahre Aufklärung der Verhältnisse, dass man mehr durch Conjecturen und grossentheils durch Herbeiziehung unbewiesener oder willkürlicher physiologischer Annahmen die somatische Aetiologie der psychischen Krankheiten zu begründen suchte. Vielfach waren die vermeintlichen körperlichen Störungen, von welchen die Geisteskrankheit nach der somatischen Schule abhängen sollte, nicht direct durch die Beobachtung nachgewiesen, sondern erfunden und in den Fall hineindemonstrirt; es wurden Symptome, welche nur die Folgen der Geistesstörung waren, für ihre Ursachen gehalten und körperliche Zustände, die einer veralteten Pathologie entnommen waren und keine Realität hatten, zum Ausgangspunkt der Therapie gemacht. Nur Wenige, unter ihnen vornehmlich Bergmann (in Aufsäzen, welche in Holscher's Annalen und in Damerow's Zeitschrift veröffentlicht sind) haben durch anatomische Forschungen der somatischen Richtung eine feste Grundlage zu verleihen gesucht, freilich dabei ihr einen durchaus andern Character gegeben. Unter den deutschen Schriftstellern, welche theils der somatischen Schule der Psychiatrie angehören, theils mehr oder weniger sich ihr annähern, auch wohl eine philosophirende Richtung daneben einhalten, haben die Geisteskrankheiten in extenso abgehandelt: Buzorini (Grundzüge einer Path. u. Ther. d. psych. Krankh. 1832), Ideler (Grundriss der Seelenheilkunde 1835 und 1838), Bird (Path. u. Ther. d. psych. Krankh. 1836), Friedreich (Allg. Path. d. psych. Krankh. Auch ist dessen historisch-kritische Darstellung der Theorieen über das Wesen und den Siz der psych. Krankh. 1836 von Interesse), Jessen (in dem Berliner encyclopäd. Wörterbuche), Flemming (in Schmidt's Encyclopädie V. 582 und in mehreren andern Abhandlungen), Sinogowitz (die Geistesstörungen in ihren organ. Beziehungen 1843), Feuchtersleben (Lehrb. d. ärztl. Seelenkunde 1846). Einzelne Beiträge haben überdem ausser den Genannten auch noch Amelung, Grohmann, Vering, Damerow u. A. gegeben theils in den schon angeführten periodischen Publicationen für die Irrenheilkunde, zu welchen seit 1844 noch die allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie von Damerow, Flemming und Roller getreten ist, theils in verschiedenen Zeitschriften und Abhandlungen.

Den grössten Einfluss auf die Gestaltung der wissenschaftlichen Psychiatrie hat ohne Zweifel Pinel und seine Schule gehabt, und zwar nicht bloss in Beziehung auf die theoretischen Anschauungen, sondern von Pinel ging auch das humanere Verfahren in der Pflege und Behandlung der Irren aus. Eine noch allgemeiner anerkannte Autorität als Pinel selbst wurde sein Schüler Esquirol, dessen einzelne Aufsäze grösstentheils aus dem Diction. d. Scienc. médic. gesammelt in dem Werke: Des maladies mentales erschienen und von welchem vornehmlich die psychiatrische Schule in Frankreich ausging. Diese hat zwar in manchen Einzelnheiten auseinandergehend in der Untersuchung des Details eine ausserordentliche und erfolgreiche Thätigkeit und eine wahre Aemulation entwikelt: so namentlich in Beziehung auf die Causalverhältnisse, auf die Erforschung der pathologischen Veränderungen im Gehirn, der Einzelsymptome der Geisteskrankheiten und der körperlichen Störungen, welche diese begleiten, diess aber durchaus in objectiver, nur an strenge Thatsachen sich haltender Weise. Einige bedeutende grössere Werke eröffneten diese Richtung, vornehmlich Georget (de la folie 1820), Bayle (Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Maladies mentales 1826), Calmeil (de la paralysie, considerée dans les aliénés 1826), Guislain (Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés 1826), Broussais (de l'irritation et de la folie 1828, ein allerdings mehr in theoretischer Richtung geschriebenes Werk): sofort schliessen sich die Arbeiten von Ferrus, die späteren von Georget, von Foville (grösstentheils in den Dictionnaires en XXX und en XV voll.), von Marc an; dann aber eine Reihe wichtiger Abhandlungen über einzelne Themata von Archambault, Aubanel, Baillarger, Belhomme, Billod, Boucher, Brierre de Boismont, Carrière, Cazauvieilh, Cerise, Delasiauve, Durand-Fardel, Falret, Girard, Lasegue, Lélut, Longet, Macario, Michéa, Moreau, Morel, Parchappe, Pinel, Rech, Renaudin, Séguin, Thore, Voisin u. A., Arbeiten, welche nicht einzeln namhaft gemacht werden können und zum Theil in eigenen Monographieen, zum Theil und vornehmlich in den Annales médico-psychol. von 1843 an enthalten sind.

Obgleich in den zahlreichen angeführten Schriften ein reichhaltiges und vielseit-

iges Material sich niedergelegt findet, obgleich die Zurückführung der psychischen Störungen auf anatomische Veränderungen nicht bloss durch eifrige Forschungen erstrebt, sondern auch mit Besonnenheit auf ihre Grenzen beschränkt wurde, obgleich ferner die Beziehung der psychischen Phänomene der Geisteskranken auf die Geseze des psychischen Lebens überhaupt immer mehr anerkannt wurde, und die bei Geisteskranken vorkommenden verschiedenartigen extracephalen Krankheiten mit grosser Gründlichkeit verfolgt worden sind, obwohl also nach allen Seiten hin die Anschauungen sich aufklärten und an die Stelle der doctrinären Systematik mehr und mehr die reelle Naturbetrachtung trat, so findet sich doch in keiner der angegebenen Schriften eine geistige Bewältigung des gesammten, allerdings unermesslich reichen factischen Materials durchgeführt. Das erste Werk, welches, wenn auch in nicht ganz zusammenhängender Darstellungsweise eine solche Bewältigung durchschauen lässt, ist das von Guislain (Traité sur les phrénopathies ou doctrine nouvelle des maladies mentales 1835), welches entschiedener als irgend ein früheres die psychischen Störungen als wesentliche Gehirnkrankheiten erkannte, die Analogieen mit gewissen, in die Breite der Gesundheit fallenden Vorkommnissen schlagend ins Licht sezte, den anatomischen Veränderungen umfassende Rechnung trug und die einzelnen Formen der Erkrankung in einer zwar kurzen, aber bündigen Weise darstellte, auch den Ausgangspunkt der Erkrankung mit vollem Rechte in die schmerzhaften Affectionen versezte, endlich die Combinationsformen und Uebergangsformen aufs Deutlichste nachwies. Diesem Werke (dessen deutsche Uebersezung von Chr. Wunderlich 1838 durch werthvolle Zusäze von Zeller bereichert ist) folgten neuerdings die Leçons orales sur les Phrénopathies (1852). Die Auffassung der bis dahin fast allgemein als verschiedene Species krankhafter Zustände angesehenen Formen der Geistesstörung in der Art von Stadien eines Verlaufs, von successiven Entwiklungsstufen eines und desselben Processes wurde zuerst von Zeller (Württemberg. medicin. Correspondenzblatt X, 129, 137 u. 145) ausgesprochen und diese den Thatsachen vollkommen entsprechende, an die Stelle ontologischer Krankheitsspecies die Entwiklung eines Geschehens sezende und dadurch erst zu einer richtigen Einsicht führende Anschauungsweise wurde mit grossem Erfolge von Griesinger (Die Pathol. u. Ther. der psych. Krankh. 1845) im Detail ausgeführt und nachgewiesen, zugleich aber wurden in dem eben genannten Werke die Phänomene mit Scharfsinn analysirt, soweit als möglich physiologisch begründet und überall, wo die Thatsachen es erlauben, das functionelle Geschehen mit den Resultaten der pathologischen Anatomie zusammengehalten. In physiologischem Sinne gehalten sind ferner die Erörterungen von Lotze (Medicinische Psychologie oder Physiologie der Seele 1852), die Abhandlung von Hagen (in R. Wagner's Handwörterbuch), die Arbeiten von Leubuscher (Arch. f. pathol. Anat. II. 38) und von Domrich (op. cit.).

Im Folgenden können nur die wichtigsten Verhältnisse des dauernd gestörten psychischen Lebens berührt und hervorgehoben werden: und es ist für alles speciellere Detail auf die zahlreichen monographischen Arbeiten zu verweisen.

I. Aetiologie.

A. Allgemeine Lebensverhältnisse.

1) Die relative Häufigkeit der Geisteskranken ist in verschiedenen Ländern verschieden; doch kann im Durchschnitt angenommen werden, dass auf 2000 Individuen 1—4 Geisteskranke kommen. In nördlichen Gegenden scheint ihre Zahl häufiger zu sein.

Die Statistiken über die Häufigkeit des Vorkommens von Geisteskranken in einzelnen Ländern und Gegenden lassen darum keine comparativen Resultate zu, weil der Begriff und die Ausdehnung der Geisteskrankheit willkürlich ist, eine grosse Anzahl von Individuen nach Belieben noch als gesund oder schon als krank angesehen werden kann und weil überdem bei den einzelnen Berechnungen die Blödsinnigen bald mitgerechnet, bald ausgeschlossen sind, in welch lezterem Falle wiederum die Schwierigkeit entsteht, welche Formen dem auszuschliessenden Blödsinn zugerechnet werden sollen. In Deutschland hat man fast durchaus das Resultat gefunden, dass ein Geisteskranker auf 1000—2000 Einwohner kommt, oder es nähern sich wenigstens die statistischen Verhältnisse dieser Proportion. In Italien dagegen scheinen die Geisteskrankheiten viel seltener zu sein, während in Schottland, in Wales, in Norwegen 1 auf circa 500 sich finden soll. In grösseren Städten und volkreichen Gegenden scheint unter sonst gleichen climatischen Verhältnissen die

Zahl der Geisteskranken ungleich grösser zu sein, als in wenig bevölkerten und ärmeren Landdistricten. Man schreibt der Civilisation und den damit verbundenen sittlichen Verirrungen eine wesentliche Begünstigung von Geisteskrankheiten zu, welche jedoch nicht als so sicher bewiesen angenommen werden darf.

2) Die Anlage zu Geisteskrankheiten ist entschieden erblich und fällt theils mit der Anlage zu Gehirnkrankheiten überhaupt zusammen, theils ist sie aber auch speciell für diese Form der Erkrankung constatirt, und zwar erbt sich die Anlage häufiger von der Mutter als vom Vater und ungleich häufiger, wenn bei der Zeugung die Geisteskrankheit der Eltern schon ausgebrochen war.

Die Erblichkeit der Geisteskrankheiten ist über alle Zweifel und nur in Betreff der Proportionen der erblichen Fälle zeigt sich eine grosse Differenz, welche zwischen der Angabe von Burrows, der sechs Siebentel der Fälle als erblich bezeichnet, und in Angaben, nach welchen nur ein Zehntel bis ein Fünfzehntel der Erkrankung Erblichkeit aufweisen lässt, schwankt. Die Erblichkeit ist vornehmlich so zu verstehen, dass in einer Familie gleiche Gehirndispositionen sich zu finden pflegen und daher die individuellen Bedingungen sich wiederholen, welche den Ausbruch einer geistigen Erkrankung begünstigen. Darum ändert es nichts an der Thatsache, wenn so häufig nur ein Theil der Kinder erkrankt oder selbst eine Generation ganz übersprungen wird; auch hat es nichts Auffallendes und Widersinniges, wenn man die Erblichkeit auch in den Fällen annimmt, wo nur bei Seitenverwandten Geisteskrankheiten beobachtet worden sind. Doch scheint die schon gestörte geistige Gesundheit der Eltern während der Zeugung allerdings noch einen besonders ungünstigen Einfluss auf die psychische Disposition der Frucht zu haben. — Die Erblichkeit erscheint noch häufiger realisirt, wenn man in einer Familie nicht bloss die wirklich Geisteskranken, sondern auch die Sonderlinge, die excessiv leidenschaftlichen Individuen, die Selbstmörder, die Verbrecher mitzählt, und man hat vollkommen Recht, diess zu thun, weil in der That dieselben Dispositionen bei diesen, wie bei Geisteskranken sich zeigen. Daneben ist es nicht selten, dass man in solchen Familien zugleich Personen von ungewöhnlichen Gaben und grosser geistiger Entwiklung findet; denn dieselben Anlagen, welche unter ungünstigen Umständen zur psychischen Zerrüttung und zum Verbrechen führen können, lassen unter glüklicheren Verhältnissen eine hervorragende Entwiklung des Geistes zu. — Man will bemerkt haben, dass die Vererbung auf die Söhne gleich häufig von der Mutter, wie vom Vater aus erfolgt, dass die Töchter überhaupt mehr gefährdet sind, aber viel häufiger von der Mutter, als vom Vater die Disposition ererben. — In manchen Fällen mögen auch extracephale Krankheiten, welche secundär die Hirnstörung veranlassen, in hereditärer Weise erworben sein und namentlich die abnormen Anlagen der Genitalien scheinen in dieser Weise oft der Ausgangspunkt zu sein, von welchem aus die verschiedenen Glieder einer Familie psychisch erkranken.

3) Geschlecht und Alter.

Der Einfluss des Geschlechts auf die Entstehung von Geisteskrankheiten scheint nicht beträchtlich zu sein, wenn auch bei beiden Geschlechtern eine Verschiedenheit der ursächlichen Einflüsse unzweifelhaft ist. — Das mittlere und selbst das frühere Kindesalter zeigt nicht ganz selten Fälle von progressiver geistiger Zerrüttung; doch bleiben sie noch bis zur Pubertät exceptionell. Von da an werden sie von Jahr zu Jahr häufiger und erreichen ihr Maximum in dem Alter der Reife, zwischen 25 und 40 Jahren, sind zwischen 40 und 50 noch ziemlich häufig und nehmen von da an mehr und mehr an Frequenz ab. Auch in Beziehung auf das Alter sind die wirkenden Ursachen verschieden und meist auch die Formen der Erkrankung und ihr Verlauf etwas different.

Das Maximum des Beginns der Geisteskrankheiten scheint für das männliche Geschlecht zwischen das 20 und 30ste Jahr, für das weibliche zwischen das 30 und 40ste zu fallen. Auch in späteren Jahren scheint die Häufigkeit beim weiblichen Geschlechte zu überwiegen, während sie dagegen im Anfang der Blüthenjahre bei

den Männern das Uebergewicht hat. Man will bemerkt haben, dass bei Männern am häufigsten Verlust des Vermögens, der bürgerlichen Stellung und Ehre, bei Weibern am häufigsten häuslicher Kummer, Verlust von Angehörigen und Misshandlung die Ursache des Irreseins wird; dass ferner bei Männern politische Ereignisse öfter die psychische Zerrüttung herbeiführen, als bei Weibern; bei lezteren religiöse Schwärmerei, unglükliche Liebe und plözlicher Schrek mehr als bei Männern. — Fälle von progressiver psychischer Zerrüttung bei Kindern von 5—12 Jahren sind gar nicht selten, verlaufen aber meist ziemlich rasch und unter überwiegenden maniacalischen Anfällen, und wenn nicht zeitig Heilung erfolgt, mit baldigem Eintritt von Verrüktheit und Blödsinn; auch sind sie gewöhnlich mit convulsivischen Zufällen verbunden, in der Form der Chorea oder der Epilepsie. Psychisch wirkende Ursachen sind seltener bei ihnen vorhanden und nur eine sehr verkehrte Erziehung scheint von Einfluss auf Entstehung der Geisteskrankheit, besonders aber bei schon vorhandenen ersten Anfängen auf ihre weitere Entwiklung zu sein. Im hohen Greisenalter sind gleichfalls Fälle von progressiver Geisteszerrüttung nicht selten und laufen dieselben Stadien ab, wie bei andern Individuen, nur dass die explosiven Ausbrüche meist weniger gewaltsam sich äussern, auch kürzer dauern und Erscheinungen der Fatuität sich frühzeitiger, namentlich auch schon dem Schwermuthsstadium, beimischen.

4) Die Geisteskrankheiten scheinen in den besser lebenden Classen seltener vorzukommen, als in den ärmeren. Wenn aber einige Beschäftigungsarten vornehmlich häufig befallen werden, so hängt diess von so verschiedenen Einflüssen ab, dass darüber keine allgemeinen Regeln aufzustellen sind. Gefangene und zumal solche, welche nach dem System der Einzelhaft gehalten werden, liefern besonders viele Geisteskranke. Die Prostitution scheint gleichfalls in überwiegender Weise die Disposition zur psychischen Zerrüttung zu erhöhen. Die Ehelosigkeit wird als ein begünstigendes Moment angesehen, während andererseits bei Verheiratheten gerade in den ehelichen Verhältnissen eine besonders häufige Quelle der Erkrankung zu liegen scheint.

Die verschiedene Häufigkeit der Geisteskranken in den verschiedenen Ständen lässt sich darum nicht mit Sicherheit angeben, weil sie in den höheren Ständen weniger genau gezählt werden können. Die statistischen Verhältnisse, wie sie den Irrenanstalten entnommen wurden, sind für Entscheidung dieser Frage ganz unzureichend. — Unter den Beschäftigungen und Berufsarten finden sich so viele und mannigfaltige, bald zufällige, bald mit der Beschäftigung in engem Zusammenhang stehende begünstigende Momente, seien es solche, welche auf das Gemüth und die psychischen Functionen wirken, seien es solche, welche den Körper beeinträchtigen und Schädel und Gehirn Schädlichkeiten aussezen, dass eine Scheidung und Analyse dieser Verhältnisse ein unmögliches Unternehmen scheint. — Ueber die Folgen der Einzelhaft für psychische Erkrankungen sind die Meinungen noch sehr auseinandergehend und wegen der so häufigen Parteinahme für und gegen dieses System nicht ganz zuverlässig. — In Betreff der Ehelosigkeit will man eine häufigere Erkrankung der unverheiratheten Männer bemerkt haben, wobei jedoch ein Zusammenfluss verschiedener mitwirkender Ursachen gedacht werden kann. Dagegen überwiegt unter den Verheiratheten und Verwittweten das weibliche Geschlecht.

B. Specielle Störungen von Organen.

Die individuell wirkenden Ursachen beziehen sich theils auf Einflüsse und Verhältnisse, welche das Gehirn direct treffen, theils auf solche, welche durch Vermittlung anderer Organe die Erkrankung des Gehirns herbeiführen. Und zwar vermögen dabei dieselben Verhältnisse bald als ausreichende und wesentliche Ursache die Gehirnstörung zuwegezubringen, bald aber nur die Prädisposition zu begründen, die Erkrankung des Gehirns vorzubereiten und das leztere für weitere Einflüsse empfänglicher zu machen.

1) Causalverhältnisse, welche das Gehirn direct treffen, sind:

die psychischen Dispositionen, Erlebnisse und die Einwirkungen auf Intelligenz und Gemüth;

die mechanischen Beschädigungen des Kopfs und die thermischen Einflüsse auf denselben;

die Gewebsstörungen innerhalb des Schädels.

Es ist die ganze psychische Lebensgeschichte des Individuums, welche mit der Erziehung und ihren Fehlern beginnend, durch die fortwährenden Conflicte mit der Aussenwelt und durch die Artung der psychischen Individualität die mannigfaltigsten Verhältnisse liefern kann, durch welche Krankheit vorbereitet oder herbeigeführt wird. Es ist ebensowohl die Gemüthsverweichlichung und die Nichtgewöhnung an Hindernisse und Widerwärtigkeiten, als es die harten Eingriffe und die traurigen Erfahrungen, die kleinen und grossen Sorgen und Kümmernisse des Lebens sind, wodurch eine psychische Krankheit vorbereitet zu werden und zu entstehen vermag. Es ist ferner ebensowohl die Leerheit, als die Ueberfüllung des Geistes mit Vorstellungen, ebensowohl die Einseitigkeit, als die zu grosse Zersplitterung, die Vertiefung, wie die Verflachung der intellectuellen Leistungen, die Ueberanstrengung und excessive Spannung der psychischen Thätigkeiten, wie die gewohnheitsmässige Unthätigkeit, ebensowohl die Gemüthsempfindlichkeit, wie die Gemüthsrohheit, ebensowohl die Unselbständigkeit, als die Starrheit des Willens, welche pathologische Abweichungen begründen kann. Besonders aber treten solche dann ein, wenn die äusseren Verhältnisse, die auferlegten und selbst angestrebten Geistesaufgaben, die Lebenssituation mit den individuellen Fähigkeiten und Stimmungen in einen grellen Widerspruch kommen.

Damit zusammenhängend ist die Anlage, welche in dem individuellen psychischen Character liegt. Zwar ist jede Art von psychischer Constitution unter entsprechenden Verhältnissen einer Erkrankung zugänglich, aber einzelne Artungen des psychischen Habitus bedingen eine erhöhte Neigung dazu, vornehmlich die reizbaren, haltungslosen, in häufige Affecte ausbrechenden, leidenschaftlichen Charactere, am meisten jedoch die sittliche Entartung.

Auch vereinzelte psychische Eindrüke und Vorgänge können theils die Erkrankung sofort herbeiführen, theils die Anlage weiter steigern. Es sind diess seltener freudige Eindrüke und derartige Exaltationen, als vielmehr widrige, hemmende und das Gemüth entleerende: Schreken, heftiger Zorn, tiefer Kummer, Misstrauen, Eifersucht, Kränkungen der Ehre, plözlicher Verlust eines Besizes oder Vernichtung einer Hoffnung. Oder es sind einmalige übermässige, den Fähigkeiten nicht entsprechende Anstrengungen des Gehirns, theils in Beziehung auf intellectuelle Thätigkeit, theils in Beziehung auf leidenschaftliche Exaltation.

Die Kopfverlezungen und zwar ebensowohl solche, welche grobe traumatische Störungen hervorrufen, als auch Erschütterungen des Kopfes können Geisteskrankheit hervorbringen und zwar tritt diese nicht selten erst nach längerer Zeit, selbst nach mehreren Jahren, während welcher man entweder gar keine abnormen Symptome vom Gehirn oder nur eine Gereiztheit und hypochondrische Stimmung bemerkt hatte, ein und dann zuweilen ganz plözlich, zuweilen in allmäliger Progression, nicht selten unter Mitwirkung neuer Ursachen. Zuweilen lässt sich in solchen, langsam sich ausbildenden Fällen eine anatomische Veränderung auffinden, die ihrer Natur nach sehr allmälig sich entwikelte und ausbreitete und lange latent blieb (Abscesse, Sclerosen, Tumoren), während in andern Fällen nichts der Art bemerkt wird. Die Geisteskrankheiten, welche in dieser Weise entstehen, weichen jedoch mehrentheils von dem gewöhnlichen Verlaufe der progressiven psychischen Verwirrung ab und zeichnen sich durch ihren raschen Uebergang in Blödsinn, durch die unmotivirten Ausbrüche von Manie und nicht selten durch Complication mit Convulsionen aus.

Aehnlich, doch wohl seltener, kommen Geistesstörungen durch Insolation, durch die Wirkung des Blizes, ferner durch Einwirkung hoher Wärme- und Kältegrade auf den Kopf, durch heftige Erregungen des Gehör- und des Gesichtsinnes vor, und auch in diesen Fällen ist eine analoge Abweichung von dem gewöhnlichen Verlaufe psychischer Krankheit die Regel.

Die anatomischen Störungen des Schädels, der Hirnhäute und des Gehirns können die Ursache einer progressiven psychischen Verwirrung werden, und zwar scheint es, dass vornehmlich solche Veränderungen, durch welche die Corticalsubstanz des Gehirns und die innere Ventrikeloberfläche in irgend einer Weise beeinträchtigt wird, diese Form der Symptomengruppirung am ehesten hervorrufen können. Da jedoch

in den meisten Fällen erst bei vorgeschrittenem Irresein die anatomische Untersuchung der Störungen möglich wird, so lässt sich nicht mit Sicherheit festsezen, welche gewebliche Läsionen die psychische Verwirrung am häufigsten herbeizuführen vermögen.

Krankheiten und Missbildungen des Schädels, Knochenwucherungen nach innen scheinen zuweilen die Ursache und die Disposition zu psychischen Krankheiten abzugeben. Bei den Affectionen der Dura und der Arachnoidea ist ihre Beziehung zu der Entstehung von Geisteskrankheiten nur unsicher, obwohl eine Anzahl von Veränderungen, wie die Hyperämie, das Extravasat, vielleicht auch die Verknöcherungen und die Entwiklung von Geschwülsten wenigstens in einzelnen Fällen die Veranlassung zur Geistesverwirrung geben mögen. Viel bedeutender ist der Einfluss der Hyperämie der Pia und der Hirnrinde, welche in der überwiegenden Mehrzahl frischer tödtlich endender psychischer Erkrankung sich vorfindet und meist mit Ecchymosen, oft mit Erweichung oder doch mit rother Färbung der grauen Substanz vorkommt. Daran schliesst sich die acute entzündliche Erweichung der Corticalsubstanz, sowie das Oedem des Gehirns, welches gleichfalls in frischen Fällen sehr oft gefunden wird. Dessgleichen scheinen die entzündlichen Affectionen der Ventrikelwandungen mit Verwachsung, vornehmlich des Hinterhorns und andern Verklebungen der Ventrikelwandungen unter einander, ferner die Erweichungen der Nachbartheile des Ventrikels von Einfluss auf die Entstehung von Geistesstörung zu sein. Eine ungewöhnliche Kleinheit oder Grösse des Gehirns disponirt zu Geisteskrankheiten und sehr excessive Verhältnisse des Volums scheinen sie direct hervorrufen zu können. Man findet ferner in manchen Fällen von chronischer psychischer Verwirrung Tumoren, welche offenbar noch aus der Zeit psychischer Gesundheit stammen und also bei der Verwirrung der psychischen Functionen wahrscheinlich mit in Wirksamkeit kamen; ferner in derselben Weise Abscedirungen an verschiedenen Theilen des Gehirns, Parasiten. Als ein sehr häufiges Vorkommen wurde die Verdikung und Luxuriation der Gefässplexus um die Zirbel und die Verwachsung der lezteren beobachtet. Auch die Glandula pituitaria und das kleine Gehirn zeigen nicht selten mehr oder weniger auffallende Veränderungen. — Endlich kann chronischer Hydrocephalus nicht nur im Verlauf des Irrseins eintreten, sondern dieses selbst bedingen.

Es lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen, wieweit diese anatomischen Veränderungen als die materielle Grundlage der Symptomencomplexe anzusehen seien und welche derselben in der Art wirken können, dass sie nur eine Disposition zum psychischen Erkranken geben, d. h. Verhältnisse herstellen, um derenwillen das Individuum weiteren Einflüssen nicht mit normaler Functionirung zu widerstehen vermag, sondern ihnen rascher und sicherer erliegt, als ein Individuum mit normaler Organisation. — Ueber die weiteren anatomischen Befunde, welche entschieden nicht die Bedeutung ursächlicher Verhältnisse der psychischen Erkrankung haben, sondern der Krankheit selbst mehr oder weniger unwesentlich sind oder aber bei entwikelter psychischer Verwirrung accessorisch hinzuzutreten pflegen, s. die einzelnen Formen.

2) Die speciellen Ursachen, welche die chronische psychische Verwirrung veranlassen oder vorbereiten, können in den verschiedenen Theilen des Körpers ausserhalb des Gehirns und Kopfes liegen.

a) Manche im gewöhnlichen Gange des Lebens ausserordentliche, wenn auch an sich normale oder doch innerhalb der Breite der Gesundheit fallenden Situationen, Verhältnisse und Vorgänge können die psychische Erkrankung herbeiführen oder doch eine Prädisposition zu derselben begründen. Es sind diess: eine zu rasche und tumultuarische Entwiklung, das Eintreten der Menstruation. Ganz vorzugsweise aber sind die Schwangerschaft, das Puerperium und die Zeit des Säugens als Ausgangspunkte progressiver psychischer Verwirrung anerkannt, wobei jedoch die verschiedenen einzelnen in diesen Situationen wirksamen Einflüsse mindestens nicht im speciellen Falle festzustellen sind.

Gemüthsbewegungen der verschiedensten Art, Anämie während der Schwangerschaft und der Säugperiode, Erschwerung des Athmens, die localen physiologischen und pathologischen Processe im Uterus, die Osteophytbildungen im Schädel, die

Anhäufung des Blutes im Gehirn, das Entstehen von Neuralgieen und mehrere andere Verhältnisse können hier zur Mitwirkung kommen.

b) Acute Erkrankungen extracephaler Organe sind nicht nur häufig die Veranlassung zu acut entstehendem Delirium, sondern es entwikelt sich in manchen Fällen theils aus diesem, theils aber in der Reconvalescenz, zumal bei Disponirten, ein Zustand wirklicher chronischer Geistesstörung. Am häufigsten kommt diess vor nach dem Typhus, nach dem Wechselfieber, nach der Pneumonie und den Entzündungen am Herzen.

Jakobi nimmt an, dass bei einem Sechstel seiner Tobsüchtigen die Erkrankung als Folge typhöser Fieber anzusehen sei. Als Folge oder Symptom der Malariakrankheit hat man in der verschiedensten Weise Geisteskrankheit entstehen sehen, theils als wirkliche Nachkrankheit, vornehmlich langdauernder Quartanfieber, theils als eine Art von Umschlagen des Wechselfiebers in Tobsucht, die sofort in chronische Geisteskrankheit übergeht, theils endlich in der Weise, dass offenbar unter dem Einfluss der Malariaursache eine Gemüthsstörung eintritt, welche im Anfange rhythmische (tertiane, quartane) Exacerbationen macht und dabei auch wohl mit einzelnen Symptomen des Fiebers sich combinirt, später in gewöhnlicher continuirlicher Weise weiter verläuft, auch, wie es scheint, zuweilen durch Anfälle wirklichen intermittirenden Fiebers wieder geheilt werden kann. (Vergl. Sebastian, Hufeland's Journal LVI. 3. Lippich, Oestr. Jahrb. N. F. XXX. 282. Baillarger, Ann. méd.-psych. II. 372.) Die Pneumonie und die Pericarditis geben häufiger zu acuten, als zu chronischen Geistesstörungen Veranlassung. Doch kommen auch, und zwar bei Nichtsäufern, förmliche anhaltende Geistesstörungen vor, welche im Verlaufe dieser Krankheiten ihren Ursprung nehmen. Dasselbe gilt von der Peritonitis, vornehmlich der, welche im Wochenbett entsteht, und Aehnliches beobachtet man, wenn auch seltener, bei den verschiedensten andern acuten Krankheiten.

c) Chronische Krankheiten, welche ausserhalb des Gehirns ihren Siz haben, geben sehr häufig zur psychischen Verwirrung Anlass. Es sind diess einerseits solche, welche sehr schmerzhaft sind oder ihrer Art nach das Individuum von dem Umgange mit Andern mehr oder weniger ausschliessen oder zum Gegenstande des Ekels machen. Andererseits haben einzelne specielle Erkrankungsformen und Krankheiten einzelner Organe, namentlich die chronischen Krankheiten des Rükenmarks, die Lungentuberculose, die Herzkrankheiten, manche Hautkrankheiten, die Krankheiten des Darms, vornehmlich des unteren Theiles desselben, die Nierenkrankheiten, die Affectionen der Genitalien, die hochgradige Anämie, die Intoxicationen durch Blei, durch Alcool und durch andere Gifte, die constitutionelle Syphilis einen bemerklichen Einfluss auf die Entstehung von Geisteskrankheiten.

Unter den schmerzhaften Affectionen sind es vornehmlich die eigentlichen Neuralgieen, bei welchen Geistesstörungen zuweilen sich ausbilden, während dagegen bei dem Krebse diess viel seltener zu geschehen pflegt. — Von den Affectionen, welche dem Umgang des Individuums mit Andern hinderlich sind, ist vornehmlich die Taubheit hervorzuheben, bei welcher auch ohne sonstige anatomische Störungen des Gehirns nicht selten allmälig eine psychische Verwirrung sich einstellt. Aber auch andere Krankheiten, welche eine Zurükziehung des Kranken auf sich selbst veranlassen, wie z. B. solche Gebrechen, die das Gehen erschweren, die mit einem ununterbrochenen Abfluss von Harn oder andern Secreten verbunden sind, eine grosse Anzahl von chronischen Hautausschlägen, wegen welcher der Kranke gemieden wird oder sich selbst zu zeigen scheut (Favus, Lupus, Psoriasis, allgemeines Eczem, allgemeine Pityriasis) legen zu psychischen Störungen den Grund. Doch scheinen Hautkrankheiten auch noch auf andere Weise zu wirken, denn man findet besonders in manchen Fällen von Psoriasis, bei welchen die erkrankten Stellen vollkommen bedekt werden können, eine bemerkenswerthe Neigung zur Schwermuth. Auch ist das Vorkommen von psychischer Erkrankung bei dem Pellagra, bei den

nordischen und levantinischen Aussazformen bemerkenswerth und nicht näher zu erklären. — Bei den Krankheiten des Rükenmarks kann die Entstehung psychischer Verwirrung auf einen local fortschreitenden Process zurükgeführt werden. — Lungentuberculose wird von vielen Irrenärzten als ein ursächliches Moment, ja selbst als eins der häufigsten angesehen, wiewohl bei der grossen Frequenz dieser Krankheit die Zahl der Geistesstörungen, welche in ihrer Begleitung vorkommen, immerhin sparsam, und in vielen Fällen bei gleichzeitigem Bestehen beider Affectionen die Lungentuberculose sicherlich die secundäre ist. — Aehnliches kann von den Herzkrankheiten gelten. — In Betreff der Affectionen des Unterleibs ist das factische Material, auf welches man den grossen Einfluss dieser Affectionen auf Geisteskrankheiten, ja selbst von einzelnen Seiten eine fast ausschliessliche Ableitung der lezteren von jenen gegründet hat, gar zu oberflächlich und unrein, als dass die Folgerungen ohne Weiteres angenommen werden dürften. Doch ist nicht zu verkennen, dass nicht selten bei chronischen Krankheiten des unteren Theils des Darms (Stricturen, Lageveränderungen, chronischen Hyperämieen) Geistesstörungen sich ausbilden. — Noch viel häufiger geschieht das bei Erkrankungen der Genitalien, vornehmlich bei solchen, welche beim männlichen Geschlechte mit einer Abnahme der Potenz verbunden sind oder beim weiblichen Geschlechte mit Störungen der Menstruation verlaufen. — Unter den Nierenkrankheiten bemerkt man am meisten bei der Zukerharnruhr, doch auch zuweilen bei andern Formen Seelenstörungen. — Eine mangelhafte Nahrung, wirkliches Hungern oder übermässiges Fasten, sowie die durch andere Ursachen entstandene Anämie wird ohne Zweifel bei Disponirten häufig die Ursache einer Geisteskrankheit. Wieweit die Anämie allein diese Folgen haben kann, ist nicht zu bestimmen. — Die Bleiintoxication und noch häufiger die Alcoolintoxication bewirkt nicht nur specifische Formen von Gehirnstörung, sondern begünstigt auch das Zustandekommen der gewöhnlichen Formen von Seelenstörungen im allerhöchsten Grade. — Bei constitutioneller Syphilis sind gleichfalls psychische Verwirrungen, die sich meist aus Hypochondrie ausbilden, häufig; doch lassen dabei theils die localen Krankheiten am Schädel, theils die durch Krankheit und Excesse herbeigeführte Gemüthsstimmung zum Theil das Resultat erklären.

In den meisten Fällen progressiver psychischer Erkrankung lässt sich die Krankheit nicht nur von einer Ursache, sondern von dem Zusammenwirken oder Aufeinanderfolgen zahlreicher Einflüsse herleiten und man muss stets eingedenk sein, dass gar häufig neben den bekannten manche selbst bei der schärfsten Prüfung verborgen bleibende Umstände in Mitwirkung gewesen sein können; daher stehen alle Versuche einer ätiologischen Statistik der Geisteskrankheiten auf trügerischer Basis und sind, sofern sie den einzelnen Fall nur an Eine Art von Ursache anlehnen, principiell unrichtig und gänzlich unbrauchbar.

C. Die Art, wie die Ursachen der Geistesstörungen wirksam werden, lässt sich nicht durch directe Beobachtung, sondern nur durch Folgerungen aus den Phänomenen und aus ihrer Aneinanderreihung, zum Theil auch aus der Qualität der Ursachen entnehmen.

Es ist wahrscheinlich, dass es zunächst und hauptsächlich zwei Wege sind, durch welche die psychische Störung entstehen kann, nämlich durch eine Perturbation der functionellen Verhältnisse oder durch die Veränderung der anatomischen Verhältnisse. Die relative Häufigkeit beider Genesen lässt sich nicht einmal approximativ, viel weniger durch Zahlen ausdrüken. Jedoch lässt sich nicht abweisen, auch noch eine dritte Entstehungsweise wenigstens als möglich gelten zu lassen, nämlich die durch Veränderungen in der Beschaffenheit des Blutes und durch die übrigen abnormen Constitutionsverhältnisse (Infection, Intoxication u. dergl.), obwohl die dahin gehörigen Fälle meist nicht rein sind und dahingestellt bleiben muss, wieweit bei denselben eines oder das andere der erstgenannten Momente in Mitwirkung kommt.

1) Die Genese durch Perturbation der functionellen Verhältnisse ist darum schwierig zu verfolgen, weil in den Anfängen des Irreseins so häufig die psychischen Relationen und Vorgänge von dem Kranken verschlossen werden und seine Mittheilungen darüber in den meisten Fällen kaum halbe sind. Aber es scheint, dass der Hergang bei dieser Genese ein doppelter sei, entweder der der primären und durch immer neue Einflüsse unterhaltenen und sich steigernden Irritation des Gehirns, welche bald in einzelnen Functionsrichtungen sich localisirt und wodurch in den meisten Fällen ein hemmender Einfluss auf die übrigen Functionirungen ausgeübt wird, bis die Irritation in ekstatische Zustände explodirt; — oder aber scheint der Hergang der zu sein, dass plözlich oder doch rasch ein wichtiger und dem Individuum wesentlicher Theil seines geistigen Besizes durch irgend einen Umstand gleichsam verloren geht, oder auch durch vorausgegangene Verhältnisse in Bezug auf irgend eine wichtige Functionsrichtung eine Schwäche oder Paralyse eintritt, durch welche beide Fälle die Gesammtstimmung in solcher Weise geändert wird, dass der Kranke sich nicht mehr in sich zu finden, ihrer nicht mehr Herr zu werden vermag. Obwohl es in diesen Fällen an einer ursprünglichen Irritation fehlt, so entstehen in Folge des unerwarteten Gleichgewichtsverlustes alsbald empfindliche Stellen im Gemüthe, die durch neue Einflüsse genährt und gereizt werden, und so bildet sich secundär die Hirnirritation aus.

Es kann nicht zugegeben werden, dass die Irritation des Gehirns selbst in den Fällen, wo keine anatomische Störung in Mitwirkung ist, stets die primäre Affection sei, wenngleich bei der Complication der Fälle über die Analyse der einzelnen Elemente des Beginns leicht gestritten werden kann. In vielen Fällen allerdings, wo unter fortwährender Steigerung und Wiederholung expansiver Affecte (wiederholte leidenschaftliche Ausbrüche, Ehrgeiz, gesteigerte Eitelkeit, politische Aufregung) die Geistesverwirrung sich ausbildet oder wo sie sich aus anhaltenden intellectuellen oder gemüthlichen Spannungen unmittelbar entwikelt, geht die noch in den Grenzen der Gesundheit verlaufende Erregung ohne Weiteres in die pathologische Irritation über. Aber neben diesen Fällen kommen andere häufig genug vor, wo offenbar die plözliche Entleerung des Gemüthsinhaltes, der Verlust von Angehörigen, die Vernichtung von Hoffnungen zunächst einen Gemüthszustand herbeiführt, der nicht den Character der Irritation, sondern entschieden den einer Lähmung hat und wobei erst in allmäliger Entwiklung empfindlich werdende Punkte hervortreten, aus denen sich ein irritativer Zustand herstellt. Ebenso sehen wir in dem erschlafften Gemüthszustande, wie er nach Excessen und Ausschweifungen eintritt, erst nach und nach die zuerst gleichsam localen und noch unterbrochenen Irritationsäusserungen auftauchen und aus ihnen allmälig erst die ausgebildetere Irritation entstehen, welche sich als Schwermuth darstellt.

2) Anatomische Störungen gehen ohne allen Zweifel sehr oft der psychischen Störung voran; aber sie scheinen doch vornehmlich dann die leztere herbeizuführen, wenn zugleich von andern Seiten her eine functionelle Perturbation herbeigeführt wird. Ein abnormes Verhältniss fördert hier das andere und steigert seine Wirkung, und während die Anämieen und Hyperämieen oft lange bestehen, ohne eine psychische Störung herbeizuführen, so wird diese sehr rasch zustandegebracht, sobald noch die functionellen Verhältnisse des Gehirns durch einen der oben angeführten Vorgänge in Unordnung kommen. — Die anatomischen Vorgänge selbst, welche die progressive psychische Verwirrung herbeizuführen im Stande sind, können sehr verschieden sein, namentlich aber scheinen die Hyper-

ämieen der Pia, jedoch auch die Anämieen des Gehirns in dieser Weise zu wirken und alle extracephalen Störungen, soweit sie auf die Entstehung der Geisteskrankheit influiren, durch die Vermittlung dieser Processe wirksam zu sein. Aber wahrscheinlich sind nicht selten auch andere anatomische Vorgänge der Ausgangspunkt der psychischen Störung: so die Bildung von Extravasaten, die ungleichmässige Ernährung einzelner Theile des Gehirns, die vermehrte Absezung von Flüssigkeit, die Entstehung von Neubildungen und von Parasiten.

Es ist bei der Genese der Seelenstörungen fast noch in höherem Grade als bei allen andern Krankheiten nothwendig, daran festzuhalten, dass ein und dasselbe Resultat nicht nur in verschiedenen Fällen durch verschiedene Processe, sondern auch in einem und demselben Falle durch einen Conflux verschiedener Elementarvorgänge zustandekommen kann, und es fragt sich ein für allemal nicht: ist die Genese der Seelenstörung im concreten Falle (oder gar der Seelenstörung überhaupt) eine psychische oder somatische, sondern vielmehr: wieweit ist sie eine psychische und wieweit eine somatische, welchen Grad des Antheils hat das eine und das andere Verhältniss an dem Resultate. — Auch unter den einzelnen anatomischen Störungen ist eine exclusive Berücksichtigung einer Form der anatomischen Anomalie nicht zu billigen. Vor Allem theilen wohl heutzutage nur wenige mehr die Ansicht, dass den psychischen Erkrankungen stets Entzündungen des Gehirns zu Grunde liegen; aber es darf nicht übersehen werden, dass solche im einzelnen Falle ihnen zu Grunde liegen können und in noch häufigerer Weise bei ihrer Entstehung zur Mitwirkung kommen. Die Hyperämie hat man gleichfalls mit einer gewissen Ausschliesslichkeit als den anatomischen Weg zum Irrewerden angesehen und Guislain hat darauf aufmerksam gemacht, dass vornehmlich langsam verlaufende Kopfcongestionen diese Wirkung haben, Griesinger besonders die wichtigen Verhältnisse erörtert, wie durch Erlangsamung und Oberflächlichwerden der Respiration venöse Hyperämieen im Gehirn entstehen können und wie gerade die Wirkungen des Kummers und des Grams und anhaltender depressiver Verstimmungen durch Vermittlung der dabei unvollständiger werdenden Respiration jenen Zustand in der Capillarität des Hirns und seiner Häute herbeiführen können (l. c. pag. 124). Aber die Hyperämie ist sicherlich nicht die einzige anatomische Ursache der Seelenstörung, sondern gerade die Anämie scheint fast noch häufiger in Wirkung zu kommen und oft genug finden sich bei Geisteskranken auch jene andern namhaft gemachten Veränderungen im Gehirn, welche, soviel wir wissen, ohne einleitende Hyperämie sich auszubilden vermögen.

II. Pathologie.

Die progressive psychische Zerrüttung stellt sich unter sehr mannigfaltigen Formen dar, welche zum Theil durch individuelle Verhältnisse und Einflüsse veranlasste Varietäten der Erkrankung sind, grossentheils aber als Entwiklungsstadien eines Krankheitsverlaufs angesehen werden müssen, welche von einem und demselben Individuum sämmtlich in mehr oder weniger vollkommener Ausbildung durchgemacht zu werden pflegen, wenn auch da und dort einmal eines der Stadien ausfällt oder übersprungen zu werden scheint. Die Formen der Störung, welche die successiven Perioden und Stadien der Erkrankung bilden, sind jedoch nicht mit scharfen Grenzen an einander gerükt, sondern sie sind vielfach in einander geschoben, theils in der Art, dass ein in ein gewisses Stadium vorgeschrittener Kranker noch eine Zeit lang in das frühere zurükverfallen kann, oder dass sich bei weiterem Fortschritt der Erkrankung mehr oder weniger Symptome des durchgemachten Stadiums erhalten, durch welche die neue Form der Störung für kürzere oder längere Zeit gefärbt bleibt, theils in der Weise, dass zahlreiche Mischformen vorkommen, welche die Charactere verschiedener Perioden an sich tragen.

Die Aneinanderreihung der Formen ist im Allgemeinen und Groben folgende:

Als Vorboten der psychischen Zerrüttung zeigt sich sehr häufig eine mehr oder weniger habituelle psychische Gereiztheit, Bizarrerie, Launenhaftigkeit und bösartige Verrüktheit, meist mit einzelnen Paroxysmen oder doch mit Schwankungen und häufig mit einer melancholischen Färbung. — Der Beginn der entschiedener sich ausbildenden Erkrankung stellt sich in der Art einer mehr oder weniger tiefen melancholischen Verstimmung dar, zwischen welche hineingeschoben oder auf welche folgend exaltirte und explosive Zustände von partieller oder allgemeiner Aufregung der psychischen Functionen ausbrechen. — Nach kürzerer oder längerer, zuweilen auch wenig bemerklicher Exaltation, hin und wieder ohne alle solche, bilden sich, wenn nicht Genesung erfolgt, ruhigere Zustände eines fixen Wahns aus, mit welchen Anfangs noch eine nicht unbeträchtliche Gereiztheit verbunden ist, allmälig, aber freilich bei immer noch zwischeneingeschobenen Exaltationsparoxysmen die Abschwächung beginnt und bis zur Fatuität und dem gänzlichen Blödsinn fortschreitet. — Anhaltend oder intercurrirend zeigen sich in dem ganzen Verlaufe, vornehmlich in den früheren erregten und exaltirten Perioden hyperästhetische und neuralgische Zufälle, spasmodische Paroxysmen, während in späteren Perioden, doch zuweilen auch schon ziemlich frühzeitig und noch bei fortdauernder Exaltation, partielle Anästhesieen und Muskelparalysen sich anschliessen.

Die grosse Mannigfaltigkeit des Geschehens bei der progressiven psychischen Zerrüttung macht eine detaillirte Betrachtung der einzelnen Formen und Perioden der Erkrankung unerlässlich.

A. Prodromalstadium.

Dem Ausbruch der psychischen Verwirrung geht in vielen Fällen kürzere oder längere Zeit, zuweilen viele Jahre hindurch ein Zustand voran, der zwischen gesundem Verhalten und zwischen Krankheit mitteninne steht, ein Zustand von Gereiztheit, launenhafter, oft boshafter Stimmung, sehr oft mit zeitweisen Paroxysmen, die bald durch ihre leidenschaftliche Aufregung an Manie, bald durch die Verkehrung alles Urtheils an Verrüktheit grenzen, bald sich als tiefe Zerknirschung, Verzweiflung, Willenlosigkeit und Muthlosigkeit darstellen und zwar alles das ohne alle erkennbare äussere und innere Motive oder aber in einem solchen Missverhältniss zu etwaigen Veranlassungen, dass diese wenigstens die heftige Aufregung oder das tiefe Unglüksgefühl nicht zu rechtfertigen vermögen. Sehr oft haben diese Prodromen, vornehmlich beim weiblichen Geschlecht, eine ausgezeichnet hysterische Färbung und es können wirkliche hysterische Krämpfe und andere Symptome der Hysterie damit wechseln. — Die Individuen haben dabei gewöhnlich eine vorübergehende oder dauernde Einsicht in ihr verkehrtes Wesen; aber troz dieser Einsicht werden sie widerstandslos in ihm festgehalten. Sie zeigen, zumal in den Exacerbationen, eine grosse Unruhe, eine Geneigtheit zu Zitterbewegungen, eine eitle Rastlosigkeit und nichts zuwegebringende Geschäftigkeit, und dieser Mangel an Erfolg ihrer, wie sie glauben, angestrengten Thätigkeit ist es,

was ihre Muthlosigkeit und ihre gereizte Stimmung noch weiter steigert; aber obwohl sie stets über Mangel an Selbstvertrauen klagen, so sind sie doch immer geneigt, in die vermeintlich unglüklichen äusseren Verhältnisse den Grund ihrer Gereiztheit und ihres vergeblichen Bemühens zu legen, und das gerade in den Fällen, in welchen alle äusseren Verhältnisse so günstig wie nur möglich sind.

Dieser Zustand dehnt sich häufig über eine sehr lange Zeit hinaus und lässt Remissionen und Besserungen zu, während deren die Kranken sich heiter und ohne bemerkliche Störungen zeigen; aber ein kleines Missgeschik, eine geringfügige Abweichung von dem alltäglichen Lebensgange, ein leicht zu überwältigendes Hinderniss ist im Stande, sie ausser aller Fassung zu sezen und ruft sofort wieder einen neuen Paroxysmus von Aufregung und gereizter Stimmung hervor. Sehr oft kehrt die üble Laune auch ohne alle Veranlassung zurük oder tritt bei einem geringen körperlichen Unwohlsein ein. Nicht ganz selten wechselt die gereizte, leidenschaftliche und zerknirschte Stimmung auch mit kurzen Perioden ausgelassener Lustigkeit, welche aber meist einen Erschöpfungsgrad hinterlässt, in welchem die gedrükten Stimmungen um so mehr sich kundgeben. — Bei vielen Individuen, zumal bei lebhaften, geistig aufgewekten Männern, nimmt man in diesem Prodromalstadium der psychischen Verwirrung, und zwar oft Jahre lang zuvor, ehe diese eintritt, wahr, dass das Individuum von Zeit zu Zeit durch ärgerliche Veranlassungen oder auch ohne solche sich mehrtägigen Excessen in geistigen Getränken hingibt und manchmal, ohne vollkommen betrunken zu sein, das extravaganteste, ausgelassenste und rüksichtsloseste Betragen in solcher Zeit zeigt, dann aber wieder zu einem ganz nüchternen und verständigen Leben zurükkehrt.

Diese Prodromen brauchen nicht nothwendig in wirkliche Geisteskrankheit überzugehen; aber sie lassen die Ausbildung einer solchen um so mehr befürchten, wenn weitere missliche und widrige Geschike einwirken; sie gehen auch nicht in allen Fällen von Geisteskrankheit dieser voran, oder sie sind oft so kurzdauernd, so wenig auffallend, dass sie nicht bemerkt werden. Die Individuen, welche jene Zeichen darbieten, werden sehr häufig nicht für geisteskrank gehalten, sondern für angegriffen, für exaltirt, für leidenschaftlich, für nervös, und nicht selten fällt erst nach dem Ausbruch der Geisteskrankheit der Umgebung das früher Geschehene auf und wird als der Anfang der Geisteskrankheit anerkannt. — Meist findet der Uebergang in Schwermuth statt, doch können auch unmittelbar Wahnsinn, Manie, fixer Wahn und Abschwächungsformen sich anschliessen.

B. Der Anfang der entschiedenen Geistesverwirrung zeigt sich in der Mehrzahl der Fälle in der Art einer gedrükten, schmerzhaften Gemüthsverstimmung, welche die Herrschaft über das ganze psychische Leben gewinnt und in weiterer Folge abnorme Sinnesempfindungen, Wahnideen und meist complicirte Verirrungsformen in der Bestrebungssphäre bedingen kann: Schwermuth (Melancholie).

Die Ursachen der Schwermuth sind die Ursachen der Hirnstörungen überhaupt. In besonderer Anlage sind schwache Charactere, empfindliche, weiche Gemüther, Individuen, welche an körperlichen schmerzhaften Krankheiten, Darm- und Genitalienaffectionen leiden, Schwangere, Menschen, welche in einer ungeeigneten Stellung sich befinden und denen der Widerspruch zwischen Wollen (oder Sollen) und Können tief zu Herzen geht, deren Hoffnungen zerstört und deren Glük gekränkt ist.

Der Anfang der Schwermuth ist in der Mehrzahl der Fälle ein allmäliger und schliesst sich oft an eine mehr oder weniger lange Periode psychischer Gereiztheit und Verkehrtheit an, wechselt auch oft eine Zeit lang damit ab. Nur bei stark

wirkenden Ursachen oder bei Entstehen anatomischer Störungen im Gehirn pflegt sich ein plözliches oder sehr rasches Versinken in die Schwermuth zu zeigen.

Die Schwermuth, welche zuerst von Guislain als Anfang fast aller Seelenstörungen, als Grundcharacter aller psychischen Affectionen bezeichnet wurde, hat von ihm den Namen Lyperophrenie erhalten und wurde von Esquirol als Lypemanie bezeichnet. Mit Recht hebt Guislain hervor, dass keiner der Schriftsteller vor ihm diese Form in ihrer Reinheit aufgefasst habe. Vergl. über dieselbe besonders Griesinger (op. c.) und Pohl (die Melancholie nach dem neuesten Standpunkte der Physiologie 1852).

In einzelnen Fällen scheint das Schwermuthsstadium zu fehlen, weil es entweder sehr kurz, sehr mild oder sehr unrein ist; in andern Fällen fehlt es wirklich, wenn nämlich sehr bedeutende psychische oder körperliche Ursachen (Verlezungen, Meningiten etc.) rasch eine heftige Exaltation hervorrufen, oder wenn sich das chronische Irresein an ein acutes Delirium nervosum anschliesst. Auch bei einzelnen durch habituelle Extravaganzen, Sonderbarkeiten oder intelligente Stumpfheit sich auszeichnenden psychischen Constitutionen kann ohne ein Schwermuthsstadium Wahnsinn, Verrüktheit und Fatuität ohne Weiteres sich herstellen, indem die ursprüngliche Geistesrichtung in fast unmerklicher Steigerung nach und nach in das wirklich pathologische Gebiet einrükt. Endlich fällt nicht selten bei recidiven psychischen Erkrankungen das melancholische Stadium weg.

Die wesentliche Störung bei der Melancholie und die einzige in ihrer reinen Form ist eine meist allmälig sich entwikelnde, bis zur Schmerzhaftigkeit gesteigerte Empfindung von psychischer Unlust, welche bald die Ausdruksform von reiner Traurigkeit und Sichunglüklichfühlen zeigt, bald (diess jedoch in schon gefärbten Fällen) die der Angst, Beklemmung, der Gemüthsleere, des Misstrauens zu sich selbst und zu Andern darstellt, an sich unabhängig von äusseren Einflüssen fortdauert und daher im engsten Sinne subjectiv ist. Zugleich schliesst aber in fast allen Fällen diese Störung eine erhöhte Empfindlichkeit und Verwundbarkeit des Gemüths ein, vermöge der nicht nur unangenehme Eindrüke ungleich schmerzlicher, sondern alle Eindrüke überhaupt widrig empfunden werden. Da nun die Aussenwelt Umstände und Verhältnisse genug liefert, welche das kranke Gemüth fortwährend verlezen, so objectivirt sich die Verstimmung und verlegt mittelst einer Selbsttäuschung bald in eine, bald in mehrere Beziehungen der Aussenwelt die Motive des Seelenschmerzes. Gewöhnlich entwikelt sich in kurzer Zeit ein Punkt in der Gemüthslage, welcher empfindlicher ist, als die übrigen: um diesen sammeln und concentriren sich nun die schmerzhaften Gefühle, Alles wird auf ihn bezogen, er nimmt das ganze geistige Leben in Beschlag, obwohl der Kranke dabei noch Alles wahrzunehmen vermag, zu jedem Denkprocess fähig ist, die Herrschaft über seine Bestrebungen und Bewegungen nirgends verloren hat.

Die ursprüngliche Subjectivität des Seelenschmerzes bei der Melancholie ist vor Allem festzuhalten. Selbst da, wo das Gemüth durch schwere Missgeschike gekränkt wurde, ist die Traurigkeit des Melancholischen von derjenigen, welche Trauer erregenden Motiven entspricht, sehr verschieden. Denn wenn auch die Vorstellungen von jenen Missgeschiken als dunkle Massen bei der Verdüsterung des Gemüths des Melancholischen gleichfalls noch mitwirken, so ist doch eben diese Verdüsterung von ihnen unabhängig geworden, und eine Beseitigung der misslichen Verhältnisse oder die Erkenntniss, dass das vermeintliche Missgeschik auf einer Täuschung beruhte, ist nicht mehr im Stande, die Verdüsterung des Gemüths zu heben. — In der reinen Form der Melancholie ist der Kranke nur traurig. Er weiss selbst kein Motiv anzugeben, warum er traurig ist. Die Traurigkeit hat keinen specifischen Character, keine Beziehung auf irgend ein Verhältniss der Aussenwelt oder specieller Seiten des inneren Seelenlebens. Der Kranke bleibt traurig in allen Lagen, in denen er sich befindet. Aber bald mischt sich diesem Zustande die Empfindlich-

keit gegen äussere Eindrüke bei, der Kranke trachtet daher solchen zu entgehen, er wird menschenscheu, sucht die Einsamkeit; und da er den äusseren Eindrüken doch nicht immer sich entziehen kann, so entwikelt sich die Verstimmung gegen Andere, und da er sich selbst nicht entgehen kann, die gegen sich selbst. Mit der Zeit erreicht die Gemüthsverlezlichkeit einen immensen Grad und nun kann es nicht fehlen, dass eine Ungleichheit des Verhaltens gegen die verschiedenen äusseren Einflüsse sich herstellt und dass gewisse Einwirkungen ihn überwiegend schmerzlich berühren. — Die Wahrnehmungen sind bei der reinen Form der Melancholie vollkommen normal; keine Hallucinationen oder Illusionen sind wenigstens im Anfange vorhanden. Auch die Art der Denkprocesse ist nicht abnorm, nur zeigt sich mehr und mehr ein Ueberwiegen gewisser Ideengänge. Ebenso zeigen die Bestrebungen noch keine Anomalie; sie sind bei der reinen Form der Melancholie überhaupt wenig entwikelt, aber es fehlt doch zu keiner absolut die Fähigkeit; nicht selten bemühen sich namentlich die Kranken, ihre schwermüthige Stimmung der Umgebung zu verbergen. Manche suchen sich von drükenden Affecten durch Trunk, durch absichtliche pietistische Versenkung zu befreien; aber das Eine wie das Andere geschieht nicht mit voller Theilnahme und fördert nur noch die geistige Verwirrung.

Je mehr dieses Verhalten fortdauert und habituell wird, um so mehr alteriren sich die Beziehungen zur Aussenwelt, um so einseitiger und stationärer werden die psychischen Relationen selbst. Ebendamit fängt die Melancholie an, ihre reine Form zu verlieren. In vielen Fällen treten früher oder später Hallucinationen ein, welche die richtige Auffassung der realen Aussenwelt mehr und mehr erschweren und unmöglich machen und ihrerseits selbst wieder eine Quelle für den Seelenschmerz werden, um so mehr, da sie fast immer zu diesem eine Beziehung haben und beängstigender, peinlicher Art sind. Die Vorstellungen kommen nicht nur dadurch in Disharmonie, dass einzelne Kreise derselben mehr und mehr das Uebergewicht erhalten, sondern vornehmlich dadurch, dass der Kranke immer mehr sucht, für seinen Schmerz Motive zu finden und dass er trachtet, die Hallucinationen mit seinen reellen Wahrnehmungen und mit den vorhandenen Vorstellungen in Einklang zu bringen. Dadurch können nun Wahnideen entstehen, welche einmal entwikelt in sich selbst den Keim zur weiteren Ausbildung und Vervielfältigung tragen. In Folge davon gestalten sich auch reelle Eindrüke zu Illusionen und diese unterstüzen ihrerseits wieder die Wahnideen. Unter der Last solcher perverser Vorstellungen und Wahrnehmungen werden nun allmälig oder rasch die Bestrebungsrichtungen bestimmt und gleichfalls alterirt; auch sie concentriren sich in den meisten Fällen auf ein einseitiges Ziel, dessen Nichterreichung wiederum dazu beiträgt, die schmerzhafte Gemüthsstimmung mehr und mehr zu steigern.

In dieser weiteren Gestaltung der Melancholie gibt sich immer schon die Unreinheit der Form kund; denn die Fälle sind selten, wo die Schwermuth bis zur Heilung oder bis zum Uebergang in andere Stadien in ihrer vollkommenen Reinheit sich erhält. Die Conflicte mit der Aussenwelt und die Widersprüche mit dem eigenen geistigen Inhalt tragen am meisten dazu bei, die Fälle weiter zu compliciren. Daher beobachtet man die reinsten Formen hauptsächlich unter Umständen, wo die äusseren Verhältnisse sehr einfach und geordnet sind und der ursprüngliche psychische Character des Individuums selbst eine gewisse Herzens- und Geisteseinfalt zeigt. Indessen berechtigen die angegebenen weiteren Erscheinungen noch nicht dazu, den Fall zu den eigentlich complicirten Formen zu rechnen, solange die Erscheinungen in dem dargestellten Maasse sich erhalten. — Die Hallucinationen des Melancholischen tragen durchaus das Gepräge der schmerzlichen Gemüthslage; sie sind alle mehr oder weniger peinlich und modificiren sich je nach den Punkten des Gemüths, welche am empfindlichsten sind und je nach den Vorstellungen, welche die Herrschaft haben. Sobald die Hallucinationen sehr lebhaft werden, fällt der

Fall gewöhnlich in die Categorie der complicirten Fälle (s. Melancholie mit wechselndem und mit fixem Wahn). Die Wahnvorstellungen haben bei Melancholischen meist einen leidenden Character, sie beziehen sich oft auf begangene oder vermeintlich begangene eigene Missethaten des Kranken, auf missglükte und zur Reue Anlass gebende Handlungen, auf Verlust und Unglük, auf ein vermeintliches Beherrschtsein von der Aussenwelt. Sie sind überdem nach dem Intelligenzgrade und nach der Art der früheren Beschäftigungen und Verhältnisse des Kranken verschieden; sie haben oft Beziehungen zu denjenigen Veranlassungen, welche die Geistesverwirrung herbeigeführt haben, aber sehr oft haben sie auch nichts mit diesen zu schaffen. Die Bestrebungen hängen aufs Engste mit den Vorstellungen zusammen, aber sie erscheinen mehr als aufgedrungen und gegen den Willen vorhanden, und die Hemmungen sind überall über die activen Bestrebungen im dauernden Uebergewicht, wenn auch die lezteren momentan zuweilen zum gewaltsamen Ausbruch kommen. Immer aber unterliegt die Bestrebung, die eben in Activität treten will, leicht dem unbedeutendsten Hinderniss und der Kampf zwischen den activen Bestrebungen und den Hemmungen trägt, wenn er irgend lebhaft ist, nicht wenig zu der Steigerung des psychischen Schmerzes bei.

In der Mehrzahl der Fälle zeigen sich, bald von Anfang an, bald und noch viel mehr im weiteren Verlaufe der Melancholie abweichende und complicirte Formen. Diese Anomalieen und Complicationen des Typus können verschiedene Ursachen haben:

sie können begründet sein in der ursprünglichen, hervorstechenden Charactereigenthümlichkeit;

sie können, insofern sie durch geringe Entwiklung der Erscheinungen sich unterscheiden, überhaupt durch die Unvollkommenheit der Erkrankung, das ungenügende Wirken der ursächlichen Einflüsse ihre Artung erhalten;

sie können bewirkt werden durch bedeutende und mächtige Gelegenheitsursachen und Veranlassungen zur geistigen Verwirrung;

sie können abhängen von rasch sich ausbildenden anatomischen Veränderungen im Gehirn;

sie können begründet sein in Miterkrankungen extracephaler Organe, die entweder schon vor der Geistesstörung bestanden oder erst in deren Verlauf sich ausbildeten;

sie können hervorgerufen werden durch die Einflüsse, welche das Individuum nach begonnener Krankheit treffen;

sie bilden sich allmälig und spontan durch die Fortentwiklung der Krankheit selbst aus.

Diese Anomalieen und Complicationen der Melancholie sind von einer unendlichen Mannigfaltigkeit. Sie beziehen sich auf den Grad der traurigen Versunkenheit, ihre Andauer, die Zumischung partieller psychischer Exaltation, die Fixirung von Wahnideen und Begehrungen, auf Abweichungen im Flusse des psychischen Geschehens und auf eigenthümliche Richtungen desselben, auf alle Verhältnisse und Seiten des psychischen Lebens, auf gleichzeitiges Bestehen sensorieller oder motorischer Störungen etc.

Der Darstellung halber ist es nöthig, einzelne fixirtere Formen hervorzuheben, wobei jedoch nicht übersehen werden darf, dass mannigfache Mittelformen und Uebergangsfälle vorkommen, welche die descriptive Pathologie niemals mit ihrer Beschreibung zu deken vermag.

1) Abnorm leichte, rudimentäre Fälle von Schwermuth kommen häufig vor und zeigen sich theils als transitorische Erscheinungen ohne weiteren Ausschluss anderer Krankheitsformen in der Art, dass sie wenig von einer wohlmotivirten Traurigkeit sich unterscheiden und nur eben dadurch als Kranksein sich kundgeben,

dass die Traurigkeit durch keine Motive gerechtfertigt ist, oder in keinem Verhältniss zu ihnen steht: so stellt sich nicht selten die Schwermuth im Verlauf der Schwangerschaft dar. — Theils kommt die rudimentäre Schwermuth als eine Art von habituellem Gemüthscharacter bei nicht wenigen Individuen, sei es durchs ganze Leben, sei es nur während gewisser Entwiklungs- und Zeitperioden (z. B. gerade in den Jugendjahren) vor, gibt sich durch allgemeine Unzufriedenheit, Verbitterung, schwermüthige Schwärmerei, Ekel am Leben, Neigung zum Selbstmord und zwar ohne alle rechtfertigende Motive zu erkennen. — Endlich geht nicht selten eine zuweilen höchst rudimentäre Form von Schwermuth als rasch durchlaufenes und oft übersehenes Stadium manchen Fällen von Manie voran, welche leztere alsdann häufig irrthümlich für die primäre Erkrankung und das erste Stadium gehalten wird, weil die kurze, undeutliche, auch oft gemischte Schwermuthsperiode gar nicht die Aufmerksamkeit auf sich gezogen hatte.

2) Schwermuth mit Stumpfsinn (Melancholia attonita, Stupidité). Die Schwermuth mit Stumpfsinn kann von Anfang der Erkrankung an bestehen und zeigt sich vornehmlich bei mächtigen Gelegenheitsursachen oder in den Fällen, in welchen sich in acuter Weise schwerere Veränderungen in der Pia, Erweichung der Corticalsubstanz oder Oedem des Gehirns herstellen. Zuweilen ist auch keine besondere Ursache der primären Ausbildung dieser Form der Melancholie aufzufinden. In andern Fällen entwikelt sie sich im Verlaufe der einfachen oder schon complicirten Melancholie. — Der Kranke stellt den tiefsten Grad des Insichversunkenseins dar, seine äussere Erscheinung ist die eines Blödsinnigen, er ist fast unbeweglich, spricht wochenlang kein Wort, scheint geistig fast gänzlich todt zu sein. Die Gesichtszüge drüken den tiefsten Druk oder Stumpfheit aus, doch ist das Auge nicht so leer, wie beim Blödsinnigen, mehr ängstlich, hat sehr häufig einen staunenden und verwunderten Ausdruk. Der Kranke nimmt bei den höchsten Graden von selbst keine Nahrung zu sich, er muss gefüttert werden; er kleidet sich weder an, noch aus, ist gänzlich unreinlich, lässt Harn und Stuhl ins Bett gehen; seine Haut ist stellenweise oder ganz unempfindlich. Obwohl der Gesicht- und Gehörsinn an sich nicht in der Functionirung beeinträchtigt ist, so braucht es oft vieler und wiederholter Bemühungen, um die Kranken etwas sehen und hören zu lassen. Dabei gehorchen solche Kranke ziemlich willig, sobald sie die Befehle verstanden haben, nehmen ohne Widerstand schlecht schmekende Arzneien, lassen sich legen und sezen, wie man es haben will. Doch ist nicht selten in den Muskeln ein gewisses Widerstreben bemerklich, sie sind nicht schlaff, sondern etwas gespannt; die Zunge wird nur mit Schwierigkeit vorgestrekt und die Bewegungen, die man die Kranken ausführen lässt oder die man mit ihnen vornimmt, finden in der unvollkommenen Erschlaffung der Muskel einiges Hinderniss. — Bei alledem findet aber ein reges und oft sehr bewegtes inneres Leben statt. Meist sind die Kranken von heftiger Angst ergriffen und werden von den grässlichsten Hallucinationen gefoltert; zuweilen jedoch finden auch nur ziemlich blasse Träume statt. Auch kann sich, zumal bei tödtlichem Ende, ein wirklich tiefer Sopor aus dem Zustande entwikeln. — Sehr häufig wechselt diese stumpfsinnige Schwermuth mit heftigen maniacalischen Zufällen und Convulsionen ab. Erheben sich die Kranken aus dem Stupor, was zuweilen plözlich, zuweilen in allmäliger Progression geschieht, so zeigen sie nicht selten eine ziemlich genaue Erinnerung an den durchlebten peinlichen psychischen Zustand, meist aber keine an das, was um sie geschah. Zuweilen geben sie an, Alles wie im Schatten gesehen und nur ein wirres Gesumse gehört zu haben. In vielen Fällen aber sind sie auch ohne alle Erinnerung, sowohl an ihre eigenen Vorstellungen während des Stupors, als an das, was in ihrer Umgebung vorging.

3) Hypochondrische Melancholie. Sie kommt vornehmlich bei Individuen vor, welche vor dem Ausbruch der Melancholie hypochondrisch gewesen waren oder Neigung zur Hypochondrie gehabt hatten, nicht selten auch bei solchen, welche syphilitisch gewesen, schwere, angreifende Curen durchgemacht hatten oder durch Excesse und Onanie heruntergekommen waren. Sie kann sich aber auch im Verlaufe der Schwermuth dadurch entwikeln, dass allmälig der eigene Körper, seine vermeintliche Hinfälligkeit und Unbrauchbarkeit der Punkt wird, um den sich die trüben Gedanken concentriren. Ebenso kann ein einzelnes Organ das Object solcher Vorstellungen werden und es scheint, dass zufällige locale Erkrankungen während der Melancholie, selbst solche, welche an sich ganz bedeutungslos sind, zuweilen zu dieser Form Veranlassung geben. In lezterer Beziehung sind es am häufigsten die Genitalien, mit deren Zustande die hypochondrische Melancholie sich beschäftigt. Bei dieser Krankheitsform ist die schwermüthige Stimmung mit einer Besorgtheit und mit Wahnideen über die Gesundheits-

verhältnisse verbunden und wird durch sie unterhalten und gesteigert. Hallucinationen des Gemeingefühls und oft höchst bizarre Wahnvorstellungen über den Zustand einzelner Theile sezen sich fest und werden die Quelle für eine der Verzweiflung sich hingebende Stimmung des Gemüths. Nicht selten schliesst sich daran die Hoffnung, durch gewaltsame Eingriffe, durch schmerzhafte Proceduren an dem eigenen Körper, durch Entfernung der kranken Theile, durch Hungern und Kasteien sich von allen Leiden zu erlösen und oft werden in dieser Absicht Selbstpeinigungen und Selbstverstümmelungen vorgenommen oder jede Einführung von Nahrung zurükgewiesen.

4) Melancholie mit lebhaft wechselnden, schweifenden Wahnideen (mit Narrheit).

Sie befällt Säufer, ferner ängstliche und haltlose Individuen oder solche, welche viel zu leiden oder viele Leiden mitangesehen hatten, sehr häufig auch solche, deren Gewissen von einem Verbrechen oder einer bereuten That oder Unterlassung belastet ist. Es sind zuweilen Individuen, die ohne alle wirkliche Schuld an dem Tode eines Andern in irgend einer Weise betheiligt sind (Richter). Die früheren Erlebnisse mischen sich dann sehr oft den melancholischen Vorstellungen bei. Die Melancholie nimmt den Ausdruk grosser Angst und beständiger Furcht an: der Kranke erblikt in Jedem einen Feind, einen Spötter, den Abgesandten des Gerichts; Hallucinationen zeigen ihm seine Verfolger, die Zurüstungen zu seiner Marter oder zu seinem Tode, jedes Geräusch erschrekt ihn und macht ihn zittern (Panphobie). Er wird von Unruhe hin und her getrieben, weiss nicht, wohin er sich flüchten soll, sieht bleich, entstellt aus und magert rasch ab. Meist sind Palpitationen und oft habituelle Zitterbewegungen vorhanden und in den Nächten foltern den Kranken die schwersten und grausamsten Träume. Durch Selbstmordversuche, fast automatisch vorgenommen, will der Kranke seinen Martern entgehen oder auch seine Schuld sühnen.

5) Schwermuth mit fixem Wahn (Schwermuth mit Monomanie) ist eine der allerhäufigsten Formen und entsteht oft aus der hypochondrischen Melancholie oder aus der Melancholie mit wechselnden Wahnideen, indem aus der lezteren eine einzelne irre Vorstellung oder ein beschränkter Kreis von solchen sich fixirt. Ausserdem zeigen diese Form und zwar nicht selten von Anfang an besonders solche Individuen, welche durch eine sehr eingreifende Veranlassung, durch eine heftige Kränkung, durch Eifersucht, durch den Verlust von Angehörigen oder des Vermögens, durch religiöse Ueberspannung erkrankt sind, und es zeigt sich, dass in solchen Fällen entsprechend der Veranlassung der Krankheit in dem melancholischen Stadium der Wahn ausgearbeitet wird. Ferner kommt diese Form häufig bei Individuen mit beschränkter Intelligenz und mit abergläubischen Voraussezungen vor. — Die Formen, in denen sich die Schwermuth mit fixem Wahn darstellt, können höchst verschieden sein. Sehr häufig bezieht sich der Wahn auf die Meinung, verhungern zu müssen, auf ein fixes Misstrauen gegen einzelne Individuen (eifersüchtige Schwermuth, Glaube, vergiftet zu werden); sehr häufig ist der Wahn des Verworfen-, Verloren- und Verdammtseins, die Sündenangst, die religiöse Zerknirschung und andere auf die Religion bezügliche Vorstellungen. Endlich gehört hierher der häufig vorkommende Wahn einer Umänderung der Persönlichkeit (Melancholia metamorphosis): der Verwandlung in ein Weib, in ein Thier, der Wegnahme oder Vertauschung des Gehirns und der Seele, der Meinung, besessen zu sein (Dämonomanie), und es schliesst sich besonders in lezteren Fällen eine Aenderung des ganzen Benehmens an in der Weise, dass der Kranke der neuen ihm gewordenen Persönlichkeit angemessen sich beträgt oder betragen zu müssen glaubt: wie ein Thier brüllt, wie ein Hund bellt, Dämonen aus sich sprechen lässt; nicht selten lässt er die fremde und die eigene Persönlichkeit wechselsweise ihre Rollen spielen. Dabei hat er gewöhnlich das schmerzliche Gefühl des Aufgedrungenseins der fremden Persönlichkeit, er klagt das als Grausamkeit an, sucht sich dagegen zu wehren und verfällt dabei sehr häufig in die heftigste Exaltation. — Diese Form, welche mit lebhaften Hallucinationen und Illusionen verbunden sein kann und dadurch fortwährend unterhalten und gesteigert wird, kann entweder lange sich erhalten oder rasch in Exaltationen übergehen und mit ihnen wechseln oder es kann allmälig der fixe Wahn das Uebergewicht erhalten und als solcher, wenn auch noch mit melancholischer Färbung, dauernd sich festsezen.

6) Die grillenhafte Schwermuth.

Die Schwermuth zeigt in sehr vielen Fällen eine Complication mit grillenhaftem Eigensinn oder mit automatischen und unmotivirten Bestrebungen und sinnlosen Gelüsten und diese können immer als ein bedenkliches Zeichen angesehen werden, vornehmlich bei Männern, während bei Weibern die Grillen häufig nur ursprünglich

individuelle und gefährliche Beimischung sind. Die Grillen können sich bei allen Formen der Melancholie einstellen, selbst bei der stupiden Form bleiben sie nicht immer aus. Sie bestehen entweder nur in der Geneigtheit, immer das Gegentheil von dem zu thun, was man verlangt, in einer hartnäkigen Verweigerung, auf Fragen zu antworten, in der Verweigerung, zu essen, oder sie hängen sich an bestimmtere Objecte (Widerwille gegen Menschen, Dinge, Farben), oder sie beziehen sich auf die Lust zu Handlungen, welche, obwohl von den grössten Folgen, von den Kranken wie Kleinigkeiten behandelt werden. So kommt plözlich die Lust, ins Wasser zu springen, sich zum Fenster herauszustürzen oder sich überhaupt zu tödten, und das in vielen Fällen ohne eigentliche Einsicht in solche Handlungen, zuweilen aber auch in Verbindung mit einem unmotivirten, aber den Grundzug der Schwermuth bildenden Ekel am Leben (Spleen). Die Verbindung der Schwermuth mit Grillen erschwert nicht nur den Verkehr mit dem Kranken, sondern macht auch die Heilung unwahrscheinlich.

7) Schwermuth mit anhaltender oder wechselnder Aufregung in der Bestrebungssphäre (Schwermuth mit toller und tobsüchtiger Färbung). Troz der schwermüthigen Stimmung des Gemüths zeigt der Kranke entweder andauernd oder in häufig wiederkehrenden Perioden eine gewisse Heftigkeit und Launenhaftigkeit, die sich bei jedem Aerger, bei jedem Widerstande, der ihm entgegengesezt wird, zu Ausbrüchen des leidenschaftlichsten Affectes und selbst zu Gewaltthätigkeiten steigert. Die Kranken sind, zumal in dem Zustande grösserer Erregung, weniger in sich gekehrt, als andere Melancholische, bekümmern sich mehr um das, was um sie vorgeht, knüpfen mit Andern an und werden oft streit- und händelsüchtig. Oder sie irren rastlos umher (Melancholia errabunda). Dieser Zustand wechselt oft mit dem tiefsten Versunkensein, mit einer gewissen moralischen Zerknirschung und mit Verzweiflung. Je mehr die Aufregung überwiegend wird, um so mehr nähert sich diese Form der maniacalischen und der Tobsucht und geht wirklich in dieselbe über. Es ist diese Mischform besonders in der Zeit zu beobachten, wo der Uebergang in die Exaltationsperiode sich vorbereitet, doch kommt sie häufig genug auch durch den ganzen Verlauf der schwermüthigen Erkrankung hindurch vor und wird namentlich da leicht zuwegegebracht, wo von der Umgebung aus widrige und aufregende Einflüsse den schon schwermüthig Erkrankten treffen.

8) Die Melancholie mit fixen Bestrebungen (Schwermuth mit activen Monomanieen). In vielen Fällen ist der Schmermüthige von Anfang an von bestimmten Bestrebungsrichtungen und Bestrebungsobjecten occupirt oder sezt sich eine solche Sehnsucht nach einem meist unerreichbaren und oft unsinnigen Ziele im Verlaufe der Erkrankung fest. Dadurch wird das ganze Verhalten des Kranken bestimmt. Es nimmt entweder die Melancholie die Form einer sehnsüchtigen schwärmerischen Traurigkeit an: diese Kranken sind meist still und verträglich, leben in ihren Hallucinationen, welche bald ihre Hoffnungen nähren, bald sie ängstigen, indem sie die Zweifel über deren Erreichbarkeit bestärken. Hierher gehört vornehmlich die Form der Nostalgie (des schwermüthigen Heimwehs), der Erotomanie, manche Formen religiöser Schwermuth. Oder aber die Art der fixen Bestrebung ist auf gewaltthätige Handlungen gerichtet, wobei nirgends die Erreichung eines Vortheils, sondern nur Befriedigung in der gewaltsamen Handlung erstrebt wird. Hierher gehören die Melancholie mit der Neigung zu stehlen, wobei gewöhnlich das Gestohlene nicht weiter benüzt, sondern weggeworfen und oft vernichtet wird (Kleptomanie), die Schwermuth mit dem Gelüste, Feuer anzulegen (Pyromanie) und mit andern Zerstörungstrieben, welche theils gegen die eigene Person gerichtet sind (Trieb, sich zu martern, sich zu verstümmeln, Selbstmordtrieb), theils gegen andere Personen (die Mordmonomanie der Melancholischen, welche oft mit der grössten Grausamkeit verbunden ist), theils endlich gegen Thiere und todte Gegenstände. Diese Form der Melancholie ist für den Kranken selbst im höchsten Grade peinlich, da er meist vor der Ausführung der Gewaltthaten in den quälendsten Conflict mit sich selbst kommt, vielfach durch Hallucinationen zu den von ihm verabscheuten Handlungen getrieben wird. Sie ist aber auch eine der gefährlichsten, weil sehr oft der aufs Aeusserste gestiegene Instinct zu der gewaltsamen Handlung von dem Kranken vollkommen dissimulirt wird und erst mit der That selbst sich kundgibt. Die Befriedigung des Wahninstinctes gibt dem Kranken bald eine grosse Beruhigung und Erleichterung, bald versezt sie ihn in die tiefste Reue und Verzweiflung.

9) Willenlosigkeit zeigt sich bei sehr vielen Schmermüthigen und findet ihre Begründung in dem passiven Character der Stimmung dieser Kranken. In nicht wenigen Fällen erreicht dieselbe einen hervorragenden Grad und gibt dem ganzen Habitus des Kranken ihre Färbung (Melancholia abule). Diese Willenlosigkeit ist

entweder wirklich und ächt und characterisirt sehr häufig schon die ersten Anfänge der Krankheit in der Art einer grenzenlosen Unentschlossenheit und einer eben davon abhängigen Muthlosigkeit und Unthätigkeit, welche bei vorgeschrittenen Fällen immer dauernder wird und nicht die geringste eigene und selbständige Handlung mehr zulässt. Oder die Willenlosigkeit ist nur scheinbar und gleichsam äusserlich, hängt von der Concentration des Kranken auf seinen schwermüthigen, schmerzlichen Gedankeninhalt ab, über welchem alles Andere ihm vollständig gleichgiltig wird, so dass er sich ohne allen Widerspruch von Fremden leiten und bestimmen lässt. Eine solche Willenlosigkeit ist häufig zugleich mit Stupor verbunden, wiewohl nicht nothwendig, da sie auch ohne Stupor vorkommt und andererseits der Stupor mit Eigensinn bestehen kann.

10) Zerstreutheit und Unfähigkeit, Gedanken und ihren Gang festzuhalten und deren Richtung zu bestimmen, ist eine sehr vielen Schwermüthigen gemeinschaftliche Modification. Aber die Zerstreutheit erreicht zuweilen einen solchen Grad, dass sie zum Typus der Krankheitsform werden kann und dass der Kranke fast in jedem Augenblike das eben Bemerkte und Gedachte vergisst und den Faden des Ideenganges verliert, bald dazu sich ziemlich gleichgiltig verhält, bald aber dadurch missgestimmt, befangen und selbst bestürzt wird. Gemeiniglich sind es Individuen, die schon in den Tagen der Gesundheit Zerstreutheit bemerken liessen, bei welchen aber leztere mit zunehmendem krankem Verhalten immer höhere und lästigere Grade erreicht. Die Zerstreutheit kann von der Präoccupation durch krankhaft fixe Vorstellungen abhängen, wie bei schwermüthiger Versenkung, oder ein Zeichen der Auflösung des Gedankenganges sein und dann als Vorläufer eines nahen dissoluten Wahnsinns oder der Fatuität gelten.

11) Die Schwermuth mit Blödsinn ist häufig die ursprüngliche Form bei schwachsinnigen, furchtsamen und geistesarmen Seelen, deren Entwiklung in jeder Beziehung vernachlässigt blieb. Sie entsteht aber auch aus andern Formen der Schwermuth nach längerer Dauer derselben, vornehmlich bei apathischen Characteren, phlegmatischen Temperamenten und vielleicht auch durch frühzeitige anatomische Veränderungen. Die vorwiegende Vorstellung der Kranken ist die Meinung, zurükgesezt, vernachlässigt und gekränkt zu werden, eine Ansicht, die in manchen Fällen durch bestimmte Vorgänge begründet sein kann, wenn, wie so oft, die Umgebung rüksichtslos solche schwache Naturen ihre geistige Beschränktheit fühlen lässt. Die Kranken aber finden nicht nur in solchen wirklichen Kränkungen Nahrung für ihre verlezte Eitelkeit, sondern sehen in den bedeutungslosesten Begebenheiten und dem unabsichtlichsten Benehmen ihrer Angehörigen und Fremder Spott und Zeichen der Geringschäzung. Da die Ansprüche ihrer Eitelkeit meist nicht wenig gesteigert sind und sie gerne mit absurden Plänen, sie zu befriedigen, umgehen, so werden sie auch immer aufs Neue gereizt und empfindlich berührt. Heirathslustig sehen sie in jeder fremden Verehelichung eine Beleidigung; jeder Vortheil, welchen Andere erlangen, scheint ihnen auf ihre Kosten zu geschehen. Ihre Eitelkeit, durch zahlreiche Missverständnisse und falsche Auffassungen des Benehmens und der Worte Anderer genährt, erhält immer wieder neue und empfindliche Stösse. Dadurch sezt sich allmälig eine Bitterkeit gegen einzelne Personen, gegen die ganze Welt fest; die Gedanken fangen an, sich mit Planen zu beschäftigen, Schaden zu stiften und sich zu rächen und diese innere Boshéit ist um so gefährlicher, da sie meist durch eine alberne Harmlosigkeit, durch Willigkeit, als Zielscheibe fremder Scherze zu dienen, durch eine verlegene Freundlichkeit verstekt wird. Kleinliche Schadenfreude, Neid und kindische Rache können die Triebfedern der grausenhaftesten Thaten werden, die durch geringfügige Ereignisse veranlasst, in einer Aufwallung des Aergers, oft auch lange prämeditirt mit List und schonungslos begangen werden. Mord an Wehrlosen und Brandstiftung sind die gewöhnlichsten Folgen dieser blödsinnig-schwermüthigen Gemüthsverstimmung.

12) Unter den motorischen Störungen sind am häufigsten die Formen der Zitterkrämpfe mit der Schwermuth verbunden, ausserdem hat sie nicht selten cataleptische Formen im Gefolge. Heftigere Convulsionen (Epilepsie) können zwar gleichfalls im Verlauf der Melancholie sich herstellen, werden aber eher in die Krankheit hereingebracht. — Unter den sensitiven Störungen, welche die Melancholie compliciren, sind Neuralgieen, schmerzlose Hyperästhesieen der mannigfaltigsten Art, aber auch Anästhesieen sehr gewöhnlich.

Es ist verhältnissmässig ziemlich selten, einen ganz reinen Fall von Schwermuth zu beobachten und noch weit seltener verläuft derselbe bis an das Ende in solcher Reinheit. Die Complication der psychischen Vorgänge an sich lässt es schon begreifen, dass nicht leicht die reine Depression ohne weitere Beimischung sich erhält und dass fast immer in dem weiteren Verlaufe sich Erscheinungen hinzufügen, welche

in einzelnen Provinzen des geistigen Lebens eine andersartige Thätigkeitsweise anzeigen. Auch in der durch Motive gerechtfertigten und daher gesunden Traurigkeit bemerken wir, dass solche nicht lange in vollkommener Reinheit sich erhalten kann und dass es überhaupt wenig Individuen gibt, bei welchen die Trauer ohne alle und jede Beimischung vorkommt. Vielmehr bemerken wir, dass ganz dieselben Complicationen, wie sie bei der krankhaften Melancholie sich zeigen, auch die gesunde Trauer bei den meisten Individuen verunreinen. Wir sehen das Verstummen und die Abstumpfung gegen alle äussere Eindrüke, welche die Schwermuth mit Stumpfsinn characterisirt, bei allen tiefen Trauerzuständen. Man beobachtet andererseits, wie die Traurigkeit bei vielen Menschen eine gewisse Besorgtheit für den eigenen Körper wekt und sie mehr und mehr zu Hypochondern macht. Ebenso sind unmotivirte Vorstellungen bald in buntem Wechsel, bald mehr fixirt bei der Trauer ganz gewöhnlich, und ebenso sieht man, dass die Trauer den Einen ruhelos umhertreibt, den Andern aber sich an dem einzigen sehnsüchtig erfassten Verlangen festhalten lässt. Die Trauer macht den Einen in sich gekehrt, den Andern zerstreut, den Einen willenlos, den Andern eigensinnig, sie stimmt den Einen weichmüthig, den Andern grausam und gleichgiltig gegen fremde Leiden; sie schwächt endlich die Intelligenz und bringt bei Manchen einen zwar noch nicht krankhaften, aber dem Blödsinn analogen Zustand von geistiger Unthätigkeit hervor. So gehen die Zustände, welche die gemeine Trauer modificiren, durchaus parallel mit den Formen, durch welche die Schwermuth complicirt wird. — Dabei sind diese Complicationen nicht so zu verstehen, als ob die einzelnen Fälle nothwendig in die eine oder andere Categorie fallen müssten. Vielmehr kann ein und derselbe Fall wochenlang die eine Form zeigen und sofort in eine andere übergehen, manche Complicationen können unter sich weitere Combinationen eingehen und Zwischenformen sind ebenso häufig. Ueberhaupt trägt zwar ein Krankheitsfall, wenn er einmal einen gewissen Typus angenommen hat, in sich selbst das Motiv, in diesem Typus zu verharren und wird dadurch von äusseren Einflüssen bis zu einem gewissen Grade unabhängig, aber eben nur bis zu einem gewissen Grade, und starke Einwirkungen sind immer im Stande, dem Typus eine andere Richtung zu geben. Je weniger fest und entschieden der Typus aber ist, um so geringere Eingriffe genügen, um die fernere Gestaltung zu bestimmen.

Das körperliche Verhalten der Schwermüthigen weicht in vielen Fällen, zumal im Anfange uncomplicirter und noch nicht weitgediehener Melancholie wenig von dem Verhalten eines Gesunden ab, nur sind die Züge ernst, wenig beweglich, der Blik düster und die Bewegungen gewöhnlich langsam, doch zuweilen auch unruhig und unstät. In den höheren Graden aber sind die Gesichtszüge des Kranken gespannt, oft nach einer Seite verzogen, drüken meist die höchste Trauer aus. Die Augen sind starr, oder staunend, oder scheu. Die allgemeinen Deken sind grau, kalt und welk; die Ernährung des Körpers ist mangelhaft. Entweder ist Schlaflosigkeit vorhanden, oder der Schlaf ist sparsam, unerquiklich, durch lebhafte Träume beunruhigt, so dass die Kranken häufig glauben, sie hätten gar nicht geschlafen. Die Kranken fühlen sich meist äusserst matt und ihre Bewegungen sind ohne Energie und schlaff. Der Appetit ist meist vermindert; doch findet sich zuweilen, dass die Kranken ebenso gleichgiltig viel Nahrung nehmen, als hungern. Stuhlverstopfung ist meist vorhanden, der Unterleib oft sehr gespannt. Das Athmen geschieht unvollständig, schwach und selten; die Kranken seufzen oft unwillkürlich; sehr gewöhnlich ist eine sehr qualvolle Präcordialangst vorhanden. Zeitweise Herzpalpitationen fehlen selten. Auch die Genitalfunctionen sind meist sehr herabgesezt; die Menstruation ist meist in Unordnung, häufig ganz unterdrükt. — Die Ernährung des Körpers ist vermindert, nicht selten ist die Abmagerung beträchtlich und zuweilen finden sich die höchsten Grade von Anämie und Marasmus.

Der Verlauf der Schwermuth ist in den meisten Fällen continuirlich, wenn er auch dabei einzelne Schwankungen in dem Grade der Versunkenheit zeigt. Nicht ganz selten ist er im Anfange remittirend, seltener stellen sich vollkommene Intermissionen her. — Nur ausnahmsweise ist die Dauer der Schwermuthsperiode eine kurze; meist zieht sie sich über mehrere Monate und Jahre hin.

Die Ausgänge der Schwermuth sind bei sehr kurzer Dauer zuweilen vollständige Genesung, nicht selten nach sehr kurzem Bestande rasche Entwiklung weiterer Stadien, zuweilen nach wenigwöchentlichem Verlaufe unter Eintritt von Sopor der Tod.

Auch bei mehrmonatlicher Dauer tritt sehr oft die Genesung ein und zwar soll diese besonders häufig im sechsten Monat erfolgen. Wo die Krankheit länger als ein Jahr gedauert hat, wird die Wahrscheinlichkeit des Uebergangs in andere Formen fast zur Gewissheit.

In den Fällen, in welchen die Genesung erfolgt, will man zuweilen eine Anzahl sogenannter critischer Erscheinungen bemerkt haben, besonders Blutflüsse, Speichelflüsse, Furunkeleruptionen, Entleerungen aus dem Darme; auch Fieberbewegungen sollen zuweilen die Schwermuth günstig beschliessen.

Der Uebergang in andere Stadien geschieht entweder plözlich, vornehmlich bei neuen starken Einwirkungen, oder allmälig unter Vermittlung der complicirten Formen.

Der Ausgang in den Tod kann ausser durch intercurrente Affectionen unter den Erscheinungen des immer tiefer werdenden Sopors eintreten. Die anatomischen Veränderungen, welche man in solchen Fällen findet, beziehen sich am häufigsten auf die Pia und die Hirnrinde: Hyperämieen, Ecchymosen in der Pia und in der Corticalsubstanz, Erweichungen der lezteren, auch mehr oder weniger verbreitetes Hirnödem (lezteres vornehmlich in der Melancholie mit Stupor). In vielen Fällen jedoch finden sich Störungen im Gehirn, die offenbar nur in einer entfernten Beziehung zu der melancholischen Verstimmung stehen: alte Veränderungen, Tumoren u. dergl., und ebenfalls in vielen Fällen ergibt die anatomische Untersuchung des Gehirns und seiner Häute bei dem Tode des Melancholischen gar keine Anomalie.

Die günstigste Prognose geben die rudimentären Formen von Schwermuth. Auch die einfache Schwermuth wird relativ häufiger geheilt, als complicirte Formen. Unter lezteren ist die Schwermuth mit Stumpfsinn troz der anscheinend höchst schweren Symptome eine von den Formen, welche am häufigsten eine Herstellung zulassen. Die hypochondrische Schwermuth, die Schwermuth mit lebhaften und beweglichen Wahnideen wird eher direct geheilt, als die Formen, bei welchen Aufregungen in der Bestrebungssphäre sich zeigen: bei diesen steigert sich die Aufregung meist bis zur Exaltation, ebenso bei der Schwermuth mit fixem Wahn. Die schlimmste Prognose geben die Fälle von Schwermuth mit Blödsinn. — Im Allgemeinen ist die Prognose der Schwermuth um so günstiger, je frischer der Fall ist, und während in die sechs ersten Monate des Verlaufs die Hälfte aller Heilungen fällt, kommen sie nach Ablauf des ersten Jahrs nur ausnahmsweise und nach Verfluss des zweiten höchst selten mehr vor. — Einen direct und ohne Zwischenfälle und Gewaltthaten am eigenen Leib erfolgenden tödtlichen Ausgang bemerkt man fast nur bei der Schwermuth mit Stupor.

C. Die Exaltationsperiode (Stadium maniacale, Hyperphrenie) entwikelt sich in den meisten Fällen, wo die Schwermuth nicht zur Heil-

ung oder zum Tode führt, aus der melancholischen Verstimmung und zwar bald in allmäliger Ausbildung, zunächst gewöhnlich aus complicirten Formen unter Zunahme der Unruhe, der Hallucinationen und Träume, der Begehrlichkeit und unter auffallender Steigerung der körperlichen Beweglichkeit, bald ziemlich rasch oder selbst plözlich, wenn starke neue Einwirkungen eintreten. Nur ausnahmsweise und zumal bei sehr heftigen Veranlassungen oder bei ursprünglich exaltirten Characteren stellt die Exaltation das erste Stadium dar.

Die Exaltationen kommen zwar gar nicht selten als eingeschobene Aufregungen in der melancholischen Periode vor, zumal bei complicirten Formen der Schwermuth, und solche Raptus sind dann oft die Vorläufer des continuirlicheren maniacalischen Stadiums. Aber der Kranke fällt bei solcher episodenartig auftretenden Exaltation meist bald in die Gemüthsverdüsterung zurük und erst, wenn die Exaltation anhaltender sich zeigt, wird der Uebergang in das maniacalische Stadium wahrscheinlicher. Bei manchem Kranken bilden die ersten Zeichen der Exaltation sofort auch die Anfänge der maniacalischen Periode und er fällt nicht wieder in die von ihm durchgemachte Periode der Schwermuth zurük.

Die Symptome, an welchen man die herannahende Exaltationsperiode erkennen kann, sind mehrfache psychische und körperliche Phänomene. Der Kranke wird unruhig; sein Blik wird beweglicher, leuchtender, sein Benehmen ändert sich, wird lebhafter, mittheilsamer und bald ungestümmer, alle Bewegungen werden rasch und hastig, doch oft zitternd, der Schritt fester und beschleunigter, die Worte werden kurz und rasch vorgestossen, oft geschrieen, die Rede ist eilig, von Gesticulationen begleitet, unbesonnen, rüksichtslos, gerne sarcastisch, oder grob oder abgeschmakt höflich. Der Kranke läuft zweklos herum, macht unnöthige Besuche, fängt Streit und Zänkereien an. Oft ist sein Betragen geziert, oft unfläthig oder schamlos. Dabei klagt er entweder mehr, zumal über Schmerzen in verschiedenen Theilen des Körpers, über unangenehme Empfindungen im Kopf, oder aber vermindern sich die Klagen des schwermüthigen Zustands; Appetit und noch mehr Durst, eine Vorliebe für Temperaturextreme (zumal Kälte), ohne Empfindlichkeit gegen Temperaturen, die Andern unangenehm sind, eine Neigung zu geistigen Getränken und andern körperlichen, wie psychischen Reizmitteln, nicht selten eine Neigung zum Coitus tritt ein. Der Schlaf wird unruhiger, kürzer, von lebhaften Träumen bewegt und diese spielen oft in den wachen Zustand als Hallucinationen herein. Dabei nimmt man meist eine erhöhte Pulsfrequenz und Hauttemperatur (besonders am Kopfe), stärkeres Schlagen der Carotiden, oft Herzpalpitationen wahr; die Zunge belegt sich, der Stuhl ist verstopft. Das Aussehen des Kranken ist bald bleich, bald roth mit vorzüglich echauffirtem Gesicht.

In der Exaltationsperiode wird die krankhafte Steigerung der psychischen Functionen und Processe permanent, der Fluss des psychischen Geschehens mehr oder weniger überstürzt und tumultuarisch. Die Exaltation hat aber sehr verschiedene Grade und man unterscheidet namentlich:

die stille Manie, in welcher die gesteigerten Thätigkeiten noch einigermaassen äusserlich beherrscht werden;

die wilde Manie, in welcher sie in stürmischer Unbändigkeit losbrechen.

Beide Formen können wechselsweise bei demselben Falle bestehen; die stille Manie stellt in den meisten Fällen die vorwiegende Form dar und die wilde Manie bricht nur zeitweise in paroxystischen Explosionen los, bald spontan, bald durch weitere Reizungen, entgegentretende Hemmungen. In andern Fällen ist die wilde Form die vorwiegende und ihre Ausbrüche lassen nur Remissionen zu, in welchen die Aufregung zur stillen Form herabsinkt.

Der Verlauf der Schwermuth ist in den meisten Fällen continuirlich, wenn er auch dabei einzelne Schwankungen in dem Grade der Versunkenheit zeigt. Nicht ganz selten ist er im Anfange remittirend, seltener stellen sich vollkommene Intermissionen her. — Nur ausnahmsweise ist die Dauer der Schwermuthsperiode eine kurze; meist zieht sie sich über mehrere Monate und Jahre hin.

Die Ausgänge der Schwermuth sind bei sehr kurzer Dauer zuweilen vollständige Genesung, nicht selten nach sehr kurzem Bestande rasche Entwiklung weiterer Stadien, zuweilen nach wenigwöchentlichem Verlaufe unter Eintritt von Sopor der Tod.

Auch bei mehrmonatlicher Dauer tritt sehr oft die Genesung ein und zwar soll diese besonders häufig im sechsten Monat erfolgen. Wo die Krankheit länger als ein Jahr gedauert hat, wird die Wahrscheinlichkeit des Uebergangs in andere Formen fast zur Gewissheit.

In den Fällen, in welchen die Genesung erfolgt, will man zuweilen eine Anzahl sogenannter critischer Erscheinungen bemerkt haben, besonders Blutflüsse, Speichelflüsse, Furunkeleruptionen, Entleerungen aus dem Darme; auch Fieberbewegungen sollen zuweilen die Schwermuth günstig beschliessen.

Der Uebergang in andere Stadien geschieht entweder plözlich, vornehmlich bei neuen starken Einwirkungen, oder allmälig unter Vermittlung der complicirten Formen.

Der Ausgang in den Tod kann ausser durch intercurrente Affectionen unter den Erscheinungen des immer tiefer werdenden Sopors eintreten. Die anatomischen Veränderungen, welche man in solchen Fällen findet, beziehen sich am häufigsten auf die Pia und die Hirnrinde: Hyperämieen, Ecchymosen in der Pia und in der Corticalsubstanz, Erweichungen der lezteren, auch mehr oder weniger verbreitetes Hirnödem (lezteres vornehmlich in der Melancholie mit Stupor). In vielen Fällen jedoch finden sich Störungen im Gehirn, die offenbar nur in einer entfernten Beziehung zu der melancholischen Verstimmung stehen: alte Veränderungen, Tumoren u. dergl., und ebenfalls in vielen Fällen ergibt die anatomische Untersuchung des Gehirns und seiner Häute bei dem Tode des Melancholischen gar keine Anomalie.

Die günstigste Prognose geben die rudimentären Formen von Schwermuth. Auch die einfache Schwermuth wird relativ häufiger geheilt, als complicirte Formen. Unter lezteren ist die Schwermuth mit Stumpfsinn troz der anscheinend höchst schweren Symptome eine von den Formen, welche am häufigsten eine Herstellung zulassen. Die hypochondrische Schwermuth, die Schwermuth mit lebhaften und beweglichen Wahnideen wird eher direct geheilt, als die Formen, bei welchen Aufregungen in der Bestrebungssphäre sich zeigen: bei diesen steigert sich die Aufregung meist bis zur Exaltation, ebenso bei der Schwermuth mit fixem Wahn. Die schlimmste Prognose geben die Fälle von Schwermuth mit Blödsinn. — Im Allgemeinen ist die Prognose der Schwermuth um so günstiger, je frischer der Fall ist, und während in die sechs ersten Monate des Verlaufs die Hälfte aller Heilungen fällt, kommen sie nach Ablauf des ersten Jahrs nur ausnahmsweise und nach Verfluss des zweiten höchst selten mehr vor. — Einen direct und ohne Zwischenfälle und Gewaltthaten am eigenen Leib erfolgenden tödtlichen Ausgang bemerkt man fast nur bei der Schwermuth mit Stupor.

C. **Die Exaltationsperiode (Stadium maniacale, Hyperphrenie) entwikelt sich in den meisten Fällen, wo die Schwermuth nicht zur Heil-**

ung oder zum Tode führt, aus der melancholischen Verstimmung und zwar bald in allmäliger Ausbildung, zunächst gewöhnlich aus complicirten Formen unter Zunahme der Unruhe, der Hallucinationen und Träume, der Begehrlichkeit und unter auffallender Steigerung der körperlichen Beweglichkeit, bald ziemlich rasch oder selbst plözlich, wenn starke neue Einwirkungen eintreten. Nur ausnahmsweise und zumal bei sehr heftigen Veranlassungen oder bei ursprünglich exaltirten Characteren stellt die Exaltation das erste Stadium dar.

Die Exaltationen kommen zwar gar nicht selten als eingeschobene Aufregungen in der melancholischen Periode vor, zumal bei complicirten Formen der Schwermuth, und solche Raptus sind dann oft die Vorläufer des continuirlicheren maniacalischen Stadiums. Aber der Kranke fällt bei solcher episodenartig auftretenden Exaltation meist bald in die Gemüthsverdüsterung zurük und erst, wenn die Exaltation anhaltender sich zeigt, wird der Uebergang in das maniacalische Stadium wahrscheinlicher. Bei manchem Kranken bilden die ersten Zeichen der Exaltation sofort auch die Anfänge der maniacalischen Periode und er fällt nicht wieder in die von ihm durchgemachte Periode der Schwermuth zurük.

Die Symptome, an welchen man die herannahende Exaltationsperiode erkennen kann, sind mehrfache psychische und körperliche Phänomene. Der Kranke wird unruhig; sein Blik wird beweglicher, leuchtender, sein Benehmen ändert sich, wird lebhafter, mittheilsamer und bald ungestümmer, alle Bewegungen werden rasch und hastig, doch oft zitternd, der Schritt fester und beschleunigter, die Worte werden kurz und rasch vorgestossen, oft geschrieen, die Rede ist eilig, von Gesticulationen begleitet, unbesonnen, rüksichtslos, gerne sarcastisch, oder grob oder abgeschmakt höflich. Der Kranke läuft zweklos herum, macht unnöthige Besuche, fängt Streit und Zänkereien an. Oft ist sein Betragen geziert, oft unfläthig oder schamlos. Dabei klagt er entweder mehr, zumal über Schmerzen in verschiedenen Theilen des Körpers, über unangenehme Empfindungen im Kopf, oder aber vermindern sich die Klagen des schwermüthigen Zustands; Appetit und noch mehr Durst, eine Vorliebe für Temperaturextreme (zumal Kälte), ohne Empfindlichkeit gegen Temperaturen, die Andern unangenehm sind, eine Neigung zu geistigen Getränken und andern körperlichen, wie psychischen Reizmitteln, nicht selten eine Neigung zum Coitus tritt ein. Der Schlaf wird unruhiger, kürzer, von lebhaften Träumen bewegt und diese spielen oft in den wachen Zustand als Hallucinationen herein. Dabei nimmt man meist eine erhöhte Pulsfrequenz und Hauttemperatur (besonders am Kopfe), stärkeres Schlagen der Carotiden, oft Herzpalpitationen wahr; die Zunge belegt sich, der Stuhl ist verstopft. Das Aussehen des Kranken ist bald bleich, bald roth mit vorzüglich echauffirtem Gesicht.

In der Exaltationsperiode wird die krankhafte Steigerung der psychischen Functionen und Processe permanent, der Fluss des psychischen Geschehens mehr oder weniger überstürzt und tumultuarisch. Die Exaltation hat aber sehr verschiedene Grade und man unterscheidet namentlich:

die stille Manie, in welcher die gesteigerten Thätigkeiten noch einigermaassen äusserlich beherrscht werden;

die wilde Manie, in welcher sie in stürmischer Unbändigkeit losbrechen.

Beide Formen können wechselsweise bei demselben Falle bestehen; die stille Manie stellt in den meisten Fällen die vorwiegende Form dar und die wilde Manie bricht nur zeitweise in paroxystischen Explosionen los, bald spontan, bald durch weitere Reizungen, entgegentretende Hemmungen. In andern Fällen ist die wilde Form die vorwiegende und ihre Ausbrüche lassen nur Remissionen zu, in welchen die Aufregung zur stillen Form herabsinkt.

Die stille Manie, welche sich mehr als Habitus darstellt, und die wilde Manie, die vorwiegend die explosive Natur hat, sind nur gradweise Unterschiede, so sehr sie sich auch in ihren Extremen verschiedenartig darstellen können. Hienach versteht es sich von selbst, dass Mittelformen zwischen jenen beiden Graden vorkommen können, und in der That sind solche sehr gewöhnlich. Die heftigen Grade der wilden Manie pflegen bei zwekmässig gepflegten und behandelten Kranken nur sehr transitorisch zu sein, während sie dagegen bei Vernachlässigung, bei fortwährender Reizung durch die Umgebung, durch Genuss von alcooligen Getränken, beim Gebrauch grausamer Zwangsmittel und bei andern nachtheiligen Einwirkungen äusserst protrahirt werden können. Man sieht die heftigsten Explosionen der Manie überhaupt in gutgeleiteten Irrenanstalten und heutigen Tages viel seltener, als früher und als bei den in Privatpflege bleibenden und oft sehr unzwekmässig behandelten Irren. Leidenschaftliche, von Natur heftige und dabei physisch sehr entwikelte Kranke pflegen die Form der wilden Manie heftiger und dauernder zu zeigen, als Andere.

Abgesehen von dem Grade der Aufregung können die Erscheinungen danach sehr verschieden sich gestalten, je nachdem die Exaltation in einzelnen Richtungen überwiegt und in solchen sich gleichsam localisirt; sie kann sich nämlich darstellen:

als ausschweifende Hallucinationen und Illusionen: exaltirte Sinnesdelirien, Sinneseckstase;

in der Form ausschweifender Vorstellungen: exaltirte Verrüktheit, Narrheit;

in der Form ausschweifender Bestrebungen: exaltirter Wahnsinn, Tollheit;

in der Form ausschweifender, gleichsam losgelassener motorischer Thätigkeiten, Worte und Handlungen, zuweilen mit sehr zurüktretenden Vorstellungen und Bestrebungen: Tobsucht, Furor maniacalis.

Diese Richtungen können auf einander folgen und unter einander abwechseln, sie können gleichzeitig vereinigt sein und sind es in sehr vielen Fällen. Je vollkommener aber die eine sich herstellt, um so mehr absorbirt sie die ganze seelische Thätigkeit und um so schärfer drükt sich die Excentricität des Geschehens aus. Solche excentrische Richtungen können entweder durch die ganze Exaltationsperiode herrschend bleiben oder sie treten nur im einzelnen Paroxysmus hervor, während in den ruhigeren Perioden in der Art stiller Manie mehr Mischformen der verschiedenen Exaltationsrichtungen sich zeigen. Am reinsten, ausgezeichnetsten und häufigsten werden die tumultuarischen Explosionen durch wilde Tobsucht dargestellt, minder häufig und heftig durch Paroxysmen des Wahnsinns und der Sinneseckstase und am wenigsten distinct durch Paroxysmen exaltirter Verrüktheit. In der Form der stillen Manie stellt sich gleichfalls am reinsten und isolirtesten die tobsüchtige Ausschweifung, nach ihr der Wahnsinn und die exaltirte Verrüktheit her, während die ausschweifenden Sinnesdelirien mehr als Complication dem exaltirten Wahnsinn und der exaltirten Verrüktheit sich beimischen, aber durch ihre vorwiegende Entwiklung diese eigenthümlich modificiren.

1) Die exaltirten Sinnesdelirien, heftigen Hallucinationen und Illusionen entwikeln sich aus der Schwermuthsperiode bald in allmäliger Steigerung, bald plözlich. Oft besteht ihre Steigerung in ihrem raschen, jagenden Wechsel, oft in ihrer Ungeheuerlichkeit, oft in der hartnäkigen Consequenz, mit der sie sich wiederholen. Bei dem höchsten Grade dieser Exaltation der Sinnesdelirien verfällt der Kranke in Erstarrung (Verzükung, Ekstase), in welcher er von Hallucinationen in Beschlag genommen, von der realen Welt nichts mehr wahrnimmt, weder Vorstellungen noch Bestrebungen hat und die Herrschaft über die willkürlichen Muskel nicht mehr besizt. Ein solcher Paroxysmus dauert meist nur Stunden lang, selten Tage lang und ist von den milderen Formen des exaltirten Sinnes-

deliriums gefolgt. Lezteres, oft von Anfang an complicirt, besteht mindestens nicht lange in seiner Reinheit, sondern führt in kurzer Zeit zu Exaltation der Vorstellungen (Verrüktheit) und der Bestrebungen (Wahnsinn), ja selbst nicht selten zu tobsüchtigen Ausbrüchen.

Die Exaltation in der Form der Sinnesdelirien tritt am ausgezeichnetsten bei Individuen ein, bei welchen Trunksucht zur Entwiklung der Geistesverwirrung mitgewirkt hat. Aber auch bei phantastischen, schwärmerischen, zumal jugendlichen Kranken, bei vorangegangener Befangenheit durch Aberglauben, bei Versenkung in religiöse Grübeleien, oder nach Schwermuthsformen, welche durch bewegte Wahnideen gefärbt waren, ist das exaltirte Sinnesdelirium als maniacalische Form nicht ungewöhnlich. Und zwar stellt es — wenigstens in annähernder Reinheit — vornehmlich den Anfang der maniacalischen Periode dar, fährt aber fort, die spätere Entwiklung derselben zu färben und zu modificiren.

Die exaltirten Hallucinationen des maniacalischen Stadiums hören auf, den einförmigen, drohenden, gedrükten, zur stillen, finsteren Trauer oder Zerknirschung führenden Character zu zeigen, durch welchen sie in der Schwermuthsperiode so peinlich werden. Sie werden sichtlich expansiver, beweglicher, bald heiter, erhebend, Entzüken erregend, bald zwar grausenhaft und ungeheuerlich, doch mehr zu Widerstand und geistiger Spannung reizend, bald sind sie durch ihre Maasslosigkeit und Grenzenlosigkeit extravagant, bald, wie oft bei Trunksüchtigen, durch ihre Possenhaftigkeit. Wo exaltirte Sinnesdelirien im Beginn der Manie eintreten, ist ihre Art vornehmlich für die weitere Gestaltung des maniacalischen Stadiums bestimmend, indem sie bald zur harmlosen Verrüktheit, bald zur wahnsinnigen Spannung, bald zur tobsüchtigen Aufregung das Material und die Motive liefern.

Die ekstatische Form des Sinnesdeliriums stellt den explosiven, paroxystischen Grad dieser Form dar, ist häufig mit cataleptischen oder hysterischen Krämpfen verbunden, kann aber auch bei Insichversunkensein bestehen und ist zuweilen von Unmachten oder aber von wildem Delirium gefolgt.

2) Die exaltirte Verrüktheit (Narrheit, Folie) entsteht zumeist nach kurzer und complicirter Schwermuthsperiode und characterisirt sich durch die Lebhaftigkeit und Ungebundenheit der Wahnvorstellungen, die bald in buntem und wechselndem Delirium mit vielem Reden, Gesticuliren und Declamiren, oft verbunden mit lebhaften Hallucinationen sich äussern, bald auf einen vereinzelteren Kreis sich beschränken und dabei vornehmlich auf die eigene Person, ihre Eigenschaften und Verhältnisse sich concentriren. Immer sind die Wahnvorstellungen excessiv und haben den Character der Immensität, sei es colossaler Schrekhaftigkeit, Ungeheuerlichkeit, sei es ungemessener Lustigkeit und Bizarrerie, sei es der unbegrenzten Ueberhebung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Verhältnisse. Die ruhigere, verrükte Manie und die Paroxysmen derselben unterscheiden sich nur durch die Grade der Lebhaftigkeit, des Wechsels, der Ueberstürzung, der Immensität, des Dranges zur Aeusserung der Wahnideen, und stillere Status und heftigere Aufregungen wechseln vielfach und in kurzen Zeiträumen unter einander. Gerne schliessen sich nach einiger Dauer der exaltirten Verrüktheit exaltirte Bestrebungen (Tollheit) an und die Paroxysmen sind nicht nur mit dieser gemischt, sondern gehen auch in Tobsuchtausbrüche über. — Bei der Abschwächung der Exaltation schliesst sich, wenn nicht Heilung folgt, fixer Wahn oder allgemeine Verwirrtheit und mehr oder weniger tiefer Blödsinn an.

Der Form der Manie im Vorstellungsgebiete oder der exaltirten Verrüktheit verfallen vornehmlich Individuen mit ursprünglich lebhaftem Temperamente, extravaganter Phantasie, mit paradoxen Principien und Vorstellungsweisen, Sonderlinge, Geniesüchtige, gerade oft Menschen mit regem Geiste und bedeutender Begabung, vornehmlich wenn die intellectuellen Anlagen kein ernstes und befriedigendes Object erhalten haben, unter allen aber am meisten die Trunkenbolde. Das schwermüthige

Stadium ist meist kurz und oft durch Symptome von Narrheit (Complication mit wechselnden Wahnideen) gefärbt.

Die verrükten Vorstellungen werden oft, aber durchaus nicht immer, hervorgerufen, genährt und bestätigt durch Hallucinationen, und nicht selten sind jene zuerst nur die Deutung der leztern; aber einmal eingetreten erzeugen und unterhalten sie sich selbständig. Stets ist bei dieser Form zum Unterschied von der Form des fixen Wahns und der allgemeinen Verwirrtheit nicht nur Beweglichkeit, sondern auch Exaltation in dem Delirium bemerklich. Wo eine Wahnvorstellung fallen muss, ist alsbald eine andere parat. Selten stellt die exaltirte Verrüktheit für sich Paroxysmen dar und wenn solche einigermaassen andauern, werden sie complicirt und wird die Form der Tollheit vorherrschend, die überdem in den meisten Fällen bald aus der exaltirten Verrüktheit sich entwikelt.

3) Die Form des exaltirten Wahnsinns (Tollheit) ist eine Modification der Manie mit wesentlich expansiver Stimmung und characterisirt durch eine auf anhaltender Selbstüberschäzung beruhende ausschweifende Plansucht und Begehrlichkeit. Den gesteigerten Bestrebungen dient jedoch die sich überhebende Stimmung nur als Hintergrund; jene sind durchaus selbständig, aus einem inneren Drange entsprungen und nicht oder nur loker an bestimmte oder irrthümliche Vorstellungen von der Lage der Persönlichkeit und der Aussenwelt geknüpft. Geberden, Worte, Gesticulationen, Handlungen, Benehmen überhaupt sind der Gesammtstimmung, den vorherrschenden gesteigerten Instincten, Plänen und Begehrungen durchaus entsprechend; sie sind nicht an sich abnorm, sondern nur die nothwendigen und gewissermaassen gerechtfertigten Symptome der extravaganten Bestrebungen, welche den Kranken beherrschen. — Bei ruhigeren Graden der Tollheit, beim stillen Wahnsinn bewegen sich die exaltirten Begehrungen noch in Planen, phantastischen Vorsäzen, ausgedachten Unternehmungen und der Kranke vermag, so gern er von diesen spricht, sie nach Umständen zu verschweigen und zurükzuhalten: er hat Besonnenheit und Selbstbeherrschung noch nicht verloren. In den Paroxysmen der wilden Tollheit dagegen wird er seiner Handlungen nicht mehr Meister, er begeht seinen Begehrungen entsprechende unvernünftige und selbst sinnlose Acte, und wenn er dabei gehemmt wird, bricht er leicht in wilde Tobsucht aus. — Diese Form wechselt daher nicht nur mit andern maniacalischen Formen, sondern sie alternirt oft auch noch mit Schwermuth; und wo sie nicht geheilt wird oder spontan sich hebt, geht sie in den fixen Wahn, vornehmlich in die Form des Höhenwahns über.

Die Form des exaltirten Wahnsinns ist eine der häufigsten Modificationen der Manie und man hat diese daher zuweilen überhaupt nur in zwei Unterarten: Wahnsinn und Tobsucht gespalten. — Der exaltirte Wahnsinn kommt zwar bei den mannigfaltigsten Individualitäten vor, doch besonders bei Menschen von lebhaftem Geiste, bei raschen Characteren, bei Leuten, welche durch das Schiksal verwöhnt, durch fortwährendes Glük übermüthig geworden sind, Widerstand nicht zu ertragen vermögen, bei solchen, deren Hoffnungen und Pläne plözlich durchschnitten wurden, bei Individuen, die an geistige Anstrengungen und umfassende Unternehmungen gewöhnt sind oder welche sich in solche eingelassen haben, die über ihre Kräfte gehen. Das schwermüthige Stadium ist oft kurz, wenig deutlich, mit Monomanieen, Grillen und Aufregung in der Bestrebungssphäre complicirt. Neue Eindrüke, Genuss von Spirituosen, geschlechtliche Excesse, Aufregungen aller Art, Affecte, Hallucinationen befördern den Ausbruch der Tollheit und determiniren ihn endlich. Nicht selten geht die physiologische Aufgeregtheit ganz unmerklich in die krankhafte Exaltation über. Doch geht zuweilen auch ein tobsüchtiger Anfall oder ein Paroxysmus von cumulirten convulsivischen Anfällen dem Ausbruch der Tollheit voran.

Wo der exaltirte Wahnsinn sich allmälig entwikelt, tritt anfangs die Verkennung der eigenen Lage noch in undeutlichen Aeusserungen hervor, in dem Urtheil über den Ort, an dem sich der Kranke befindet, über seine Fähigkeiten, über die Sicherheit des Erfolgs seiner Pläne, wohl auch in der harten Beurtheilung und in der Geringschäzung Anderer. Dessgleichen verfolgt in mässigen Graden des Wahnsinns der Kranke noch seine gewöhnlichen Thätigkeiten, er ergeht sich nur gern in kleinlichen Niäserieen, die aber stets den Character der Eitelkeit und Selbstgefälligkeit tragen. — Weiterhin stellt der Kranke corrupte Theorieen und Hypothesen auf, lässt sich in tolle Unternehmungen und Speculationen ein, oft in politische Bewegungen oder in Bekehrungsversuche. Aber auch in dieser mässigen Form ist die Gesprächigkeit, der Widerspruchsgeist, die Hastigkeit der Worte, der Bewegungen, sind die Gesticulationen auffallend. Häufig zeigt sich bei sonst Sittsamen eine ungewöhnliche Lascivität, bei Geizigen und Sparsamen eine plözliche Neigung zur Verschwendung. bei Vorsichtigen Sorglosigkeit und Leichtsinn. Der Kranke ist dabei voll von Einfällen, oft wizig und scharfsinnig, erzählt viel von seinen Erlebnissen und schneidet dabei unermesslich auf; er bedient sich gern fremder Sprachen und zeigt überhaupt ein gutes Gedächtniss, obwohl er zerstreut genug ist, das, was er kaum erst erzählt, in kürzester Zeit nochmals in aller Umständlichkeit wieder vorzubringen. Er kann bis zu einem ziemlichen Grade verwirrt sein und doch ein sehr guter Gesellschafter, ja selbst ein productiver Arbeiter bleiben, und besonders in bessern Zwischenräumen ausgezeichnete Leistungen liefern. Ein stürmischer Drang zur Activität, ja selbst schon zur raschen Vorwärtsbewegung des Ideenganges ist dabei stets vorhanden. — Bei vorgerükterer Krankheit bildet sich die Verkennung der eigenen Lage immer vollständiger und extravaganter aus und gedeiht zu complicirteren und fixirteren Wahnvorstellungen über das Wesen, den Besiz, die Vermögen seiner Persönlichkeit, über die Anerkennung, Unterwürfigkeit und Liebe, die er bei Andern zu finden glaubt. Ein solches Individuum hält sich für einen Helden, für unermesslich reich, für den Herrn der Welt, für Gott selbst, und nicht selten ist bei der Zunahme und Fortdauer der Krankheit eine Art von Avancement in der vermeinten Stellung zu bemerken, das zuweilen sehr rasch erfolgt. Weibliche Kranke erzählen gewöhnlich von der Liebe. die sie einflössen und fast immer sind es bedeutende Persönlichkeiten, deren Anbetung sie gewiss zu sein versichern; häufig sehen sie in jedem Manne einen Anbeter. Vornehmlich aber sind die Bestrebungen gesteigert, exaltirt, maasslos; die Triebe, zumal die positiven, weniger und selten die negativen, werden durch Gegenvorstellungen nur mühsam zurükgehalten. Die unermesslichsten und abenteuerlichsten Pläne werden concipirt und über ihre Ausführbarkeit taucht kaum ein Zweifel auf. Auch der Wille ist bestimmter, energischer und unbeugsamer. Der Kranke hat immer das Bedürfniss, irgend Etwas zu thun, läuft beständig auf und ab oder schwäzt und declamirt unablässig. Seine Rede verliert oft den Zusammenhang, seine Worte sind von lebhaften Gesticulationen begleitet und auch wenn er schweigt, arbeitet er mit den Armen und macht eine geschraubte und wichtige Miene. Zuweilen ergeht er sich in stillen Plänen, in denen er die grossartigsten Unternehmungen aushekt. Er ist schwer in seinen Vorstellungen und Bestrebungen irre zu machen, und wo sich ihm der Unsinn zu handgreiflich aufdringt oder unwiderstehliche Hindernisse findet, wirft er sich alsbald auf einen andern Wahn, auf andere Pläne. Seine ganze Haltung und Physiognomie drükt ein unverwüstliches, übermüthiges Selbstvertrauen oder die Rastlosigkeit des Geschäftigen aus. Sein Benehmen ist meist arrogant und hochmüthig oder geheimnissvoll und zerstreut. Er ist sehr reizbar, wird leicht ungeduldig. Was er wahrnimmt, bezieht er auf die Wahnideen, Pläne, Luftschlösser, mit denen er sich eben beschäftigt. und Hallucinationen und verrükte Vorstellungen, die seiner Stimmung entsprechen, tragen oft dazu bei, diese zu erhalten und zu nähren. Alle Functionirungen des Gehirns sind gesteigert, ihr Fluss präcipitirt, ihre Wechselwirkungen vervielfacht und haben immer wieder die lezte Beziehung zu der Verirrung in der Bestrebungssphäre. Das Gemüth des Kranken ist erregbar, nicht gedrükt, meist leicht theilnehmend, doch zuweilen zeitweise oder dauernd hart und roh.

Der exaltirte Wahnsinn kann unmittelbar in Genesung übergehen, in welchem Falle oft eine sehr rasche Aufhellung der Wahnideen, welche oft durch einen Zufall vermittelt wird, eintritt, oder aber allmälig eine Empfänglichkeit für richtigere Anschauungen und für Gründe sich zeigt, auch wohl ein Wechsel zwischen ruhigerem und klarerem geistigem Befinden und wahnsinniger Aufregung sich herstellt. Zuweilen geschieht das Verschwinden der Wahnideen mit sichtbarem Widerstreben von Seiten des Kranken, der noch daran festhalten möchte, aber der Macht seiner klareren Anschauung weichen muss; andererseits zeigen sich auch bei fortschreitender Besserung noch oft genug vorübergehend wiederkehrende Wahnideen, die der

Kranke entweder selbst oder mit geringer Nachhilfe als Irrthümer erkennt. — Die Besserung des Wahnsinns muss bald erfolgen, wenn sie überhaupt eintreten soll. Nach der Herstellung ist sehr häufig noch wenigstens eine partielle Erinnerung an die früheren Delirien vorhanden.

In vielen Fällen fixirt sich der Wahnsinn auf einen Punkt oder Kreis von Vorstellungen und in diesem Falle wird die Herstellung immer unwahrscheinlicher, namentlich aber, wenn allmälig der Kranke ruhiger wird, die exaltirte Stimmung einem gewöhnlicheren Benehmen und einer gewissen Art trügerischer Besonnenheit weicht und nur noch im Falle von Widerspruch, Hindernissen u. dergl. eintritt. Noch unwahrscheinlicher wird die Herstellung, wenn Abnahme des Gedächtnisses und zuvor nicht bestandene Verwirrung unter den Ideen, wenn Schwäche in den Gliedern, Stottern, schwankender Gang, Pupillarerweiterung sich zeigt, in welchem Falle der Kranke rasch der Paralyse und dem Blödsinn zugeht. — Auch wenn ohne auffallende Schwächezustände der Wahn bei äusserer Ruhe fixirt wird, wenn dabei der Kranke an Körpervolumen zunimmt, seine Functionen sich regeln und der ganze Zustand sich zum Habituellen gestaltet, ist eine Herstellung kaum mehr zu erwarten, vielmehr schliesst sich dann die Periode der Verrüktheit an.

Nicht selten geschieht es, dass die Wahnsinnsexaltation in die Form der Tobsucht umschlägt oder dass sich Zwischenformen bilden, welche bald mehr dem Wahnsinn, bald mehr der Tobsucht angehören können.

Intermissionen des Verlaufs finden theils in der Weise statt, dass der Kranke zeitweise mehr activ in seinem Benehmen ist, in lebhafterer Weise seine Vorstellungen äussert, zeitweise dagegen sich stiller mit seinen Delirien beschäftigt, oder in der Weise, dass eine kurze Wahnsinnsperiode in Tobsucht umschlägt und darauf Ruhe und selbst eine völlige Intermission sich einstellt.

Der Tod ist selten in der Wahnsinnsperiode, und anatomische Veränderungen, welche derselben auch nur in grösserer Häufigkeit angehören würden, sind nicht bekannt.

4) Die Tobsucht (Raserei) ist eine Exaltation, welche überwiegend in der activen, motorischen Seite der psychischen Functionen sich äussert, wenn ihr auch eine Aufregung in allen Gebieten des psychischen Geschehens zu Grunde liegen mag. Hallucinationen und noch mehr Illusionen sind bei Tobsüchtigen häufig und bedingen sehr oft die tobsüchtigen Ausbrüche: aber sie sind nicht wesentlicher, als in dem Delirium der Fieberkranken, und fehlen in vielen Fällen ganz. Die Vorstellungen zeigen bei dem Tobsüchtigen die allermannigfaltigsten Abweichungen: sie können normal sein, wenigstens im ersten Anfange der Tobsucht und solche Kranke warnen vor ihrem tobsüchtigen Ausbruche, bitten um Hilfe und um Beaufsichtigung während desselben. In den meisten Fällen weichen sie, wenn sie auch ihrer Art nach nicht verrükt sind, in ihrem Fluss, ihrer Aneinanderreihung vom Normalen ab: ihr Fluss ist präcipitirter, oft aber auch bis zum Wirrwarr überstürzend, oft von plözlichen Erstarrungen und Stillständen unterbrochen, überhaupt ungleichmässig und dem Einfluss des Willens entzogen. Die Bestrebungen sind wohl tumultuarisch und heftig, haben aber mehr den Character des Instinctes, des Unwillkürlichen und keine feste Richtung. Obwohl sie durch Widerstand gesteigert und unbändiger werden, zeigen sie doch keine Nachhaltigkeit, werden alsbald wieder vergessen oder von andern abgelöst. Mögen nun aber Wahrnehmungen, Vorstellungen und Bestrebungen normal sein oder in beliebigem Grade und beliebiger Art abweichen, so sind die ihnen sonst als Aeusserungen dienenden Bewegungen: Mienenspiel, Gesticulationen, Worte, Locomotionen und Handlungen gleichsam selbständig exaltirt, wie losgelassen und für sich tumultuarisch gesteigert. Zwar entsprechen sie noch hin und wieder den drängenden, aufgeregten Wahnideen, den wilden Begehrungen; aber sie sind ihnen oft, und zeitweise in jedem Falle, nicht adäquat, die

Heftigkeit, Hastigkeit und Unbändigkeit derselben kann bei verhältnissmässig ruhigen oder bei fehlenden Vorstellungen und ohne allen Trieb und Begehrungsexaltation sich einstellen und es scheint, dass in vielen Fällen Vorstellungen und Begehrungen erst in Folge unbändigen Gebahrens in sinnlosen Worten und Handlungen alterirt und nachträglich aufgeregt werden.

In der stillen Tobsucht äussert sich diese Exaltation mehr in der Hastigkeit, Abgebrochenheit, Ueberstürzung der Rede, in der Wahl heftiger Ausdrüke, in dem lebhaften, unstäten Blik, den vielen Grimassen und Gesticulationen, dem krampfhaft erregten Muskelspiel bei jeder Bewegung, dem hastigen Hin- und Herschreiten, dem unruhigen Hin- und Herwerfen im Bette, dem Entblössen u. s. w. Der Kranke kann dabei auf Alles richtige Antworten geben, verspricht immer wieder, ruhig zu sein und gibt sich selbst Mühe, zu gehorchen. — In der wilden Tobsucht kann die Unbändigkeit die äussersten Grade erreichen: ohne dass der Kranke nothwendig Zerstörungstrieb hat, zertrümmert er Alles und wüthet gegen Alles, was ihm in den Weg kommt, alle seine Bewegungen sind ungewöhnlich kraftvoll und zeugen von der äussersten Spannung. An diesen Zustand schliessen sich nicht selten wirkliche Convulsionen an oder wechseln mit den exaltirten Bewegungen ab.

Der Verlauf der Tobsucht zeigt mannigfache Remissionen und Exacerbationen, zuweilen vollständige Intermissionen, indem bald einen Tag um den andern die Tobsucht ausbricht, bald nur alle vier Wochen (so namentlich zur Zeit der Menstruation) einen oder mehrere Tage hindurch maniacalische Zufälle zum Vorschein kommen; ja es ist sogar beobachtet worden, dass alle Jahre oder in noch längeren Zwischenräumen für mehrere Wochen die tobsüchtigen Anfälle wiederkehrten.

Mit dem Anfalle der Tobsucht wechseln zuweilen Zufälle von Melancholie, Wahnsinn, Verrüktheit, fixem Wahn, von Convulsionen (namentlich epileptischen) ab.

Die heftigeren tobsüchtigen Paroxysmen dauern bald nur kurze Zeit, Stunden, Tage lang, bald Wochen lang. Das heftigste Rasen währt, wenn nicht unpassende Einflüsse statthaben, selten über mehrere Tage. Dagegen kann die stille Tobsucht Monate lang und selbst über mehr als ein Jahr fortdauern.

Die Ausgänge der Tobsucht sind:

Genesung. Dieselbe kann plözlich oder allmälig erfolgen, im lezteren Falle zuweilen mit verschiedenen critischen Erscheinungen. Hat die Tobsucht einmal länger als ein halbes Jahr gedauert, so ist dieser Ausgang selten. Immer besteht aber auch bei der vollkommensten Genesung eine grosse Neigung zu Recidiven;

Uebergang in andere Krankheiten: Rükfall in die Schwermuth, Uebergang in Wahnsinn, Verrüktheit und in psychischen Verfall;

der Tod. Dieser ist bald die Folge schon früher vorhandener körperlicher Leiden (Tuberculose, Scorbut u. s. w.), bald tritt er veranlasst durch chronische Hirnkrankheiten ein (Hyperämieen und Entzündungen mit ihren Ausgängen, Extravasationen), bald endlich wird er durch die Heftigkeit eines Paroxysmus herbeigeführt, in welchem Falle meist Blutüberfüllungen

der Pia und des Gehirns mit ecchymotischem Blutaustritte oder stärkerem Extravasate in das Mark gefunden werden.

Die Tobsucht stellt in der vollkommensten Weise das Reactionsstadium der psychischen Erkrankung dar. Meist folgt sie auf die Schwermuth, doch kann sie auch aus andern Formen der Manie sich entwikeln. Fälle von primärer Entstehung der Tobsucht sind immer verdächtig; denn leicht werden bei dem Auftreten eclatanter Zufälle die früheren geringen Symptome nicht in Anschlag gebracht. Es ist nöthig, die Verhältnisse des Einzelfalls genau zu kennen, wenn man zu einem Urtheil gelangen will: mindestens sind die Individuen, bei denen die Tobsucht primär aufzutreten den Schein hat, von auffallender, ans Krankhafte streifender Gemüthsreizbarkeit und zu heftigen Affecten disponirt. Oft sind es Subjecte, die von Zeit zu Zeit einen schweren Rausch sich zuziehen, bei häufigerer Wiederholung dieser acuten Alcoolintoxication nach und nach in dem Rausche und meist auch noch in den folgenden Tagen ein höchst ungewöhnliches und auffallendes, von der gemeinen Trunkenheit abweichendes Verhalten zeigen, das schon mehr oder weniger an einen Wuthanfall erinnert, worauf sie aber mit Eintreten der vollen Nüchternheit wieder ganz vernünftig werden, bis endlich auf einmal, namentlich unter Mitwirkung heftiger Gemüthsaffecte und neuer Massen alcooliger Getränke, die Tobsucht in einem completen Anfalle ausbricht und nicht mehr von Nüchternheit gefolgt ist. — Das schwermüthige Stadium, welches der Tobsucht vorangeht, ist oft kurz und wenig bemerklich, entgeht darum nicht selten der Beobachtung. Wenn die Tobsucht aus Wahnsinn entsteht, so geben meist äussere Veranlassungen, namentlich Hemmungen und Uebermaass im Genuss geistiger Getränke die Veranlassung hiezu. Heftige Hallucinationen können gleichfalls einen tobsüchtigen Anfall herbeiführen. Auch in vorgerükteren Stadien der psychischen Erkrankung: nach Fixirung des Wahns und in der Periode des allgemeinen Verfalls treten nicht selten von Zeit zu Zeit tobsüchtige Anfälle ein. Meist sind diess Fälle, welche vor der Fixirung des Wahns schon tobsüchtig gewesen waren; jedoch auch die angeborene Fatuität und der angeborene Blödsinn ist zuweilen von tobsüchtigen Paroxysmen unterbrochen. Ebenso zeigen sich leztere nicht ganz selten im Verlaufe der Epilepsie, wo sie dann mit den eigentlich epileptischen Anfällen alterniren, sowie im Verlaufe jeder andern Hirnaffection mit Erregung der motorischen Functionen (Chorea, Eclampsie). — Je mehr die Tobsucht durch mässige und allmälig einwirkende Verhältnisse vorbereitet wird, um so eher treten im Anfang nur mildere Formen ein; je stärker hingegen die Einwirkungen waren und je schneller sie auf einander folgten, um so eher beginnt die Tobsucht sogleich mit heftigen Paroxysmen. Bei haltungslosen Kranken (Verrükte, Blödsinnige, Epileptische) sind die Wuthanfälle gemeiniglich sehr heftig.

Ganz vorzugsweise wird die Tobsucht überhaupt und namentlich die wilde Raserei durch unzwekmässiges, rohes und grausames Verfahren gegen die Irren hervorgerufen. In den Irrendetentionsanstalten der früheren Zeit waren daher Tobsüchtige nicht nur in Menge, sondern machten sich auch durch ihr viehisches und rasendes Benehmen bemerklich, während in den geordneten Heil- und Pfleganstalten unserer Zeit die Tobsucht nicht nur seltener geworden ist, sondern in milderen, weniger auffälligen Formen sich zeigt. „Man gibt (heisst es in den Observations d'un voyageur anglais sur la maison de force appelée Bicêtre 1788) den Irren nicht einmal einen Arzt und macht niemals den geringsten Versuch, ihnen die Vernunft herzustellen. Die neuen Ankömmlinge werden ohne Unterschied unter die tobende Menge der Narren geworfen und von Zeit zu Zeit zeigt man sie, wie merkwürdige Bestien, dem nächsten besten Lümmel, der sechs Pfennige dafür bezahlen kann.“ Mit Ketten bedekt, in dunklen Zellen voll Schmuz und Unrath, der Barbarei der Wärter und der Neugierigen ausgesezt, gelangten die Irren in kürzester Zeit zu dem höchsten Grade der Exaltation, in der sie verharrten, bis der blödsinnige Collaps sich einstellte.

Der Beginn der Tobsucht ist wenigstens in der Mehrzahl der Fälle durch Vorboten angezeigt. Es besteht oft ein entschiedenes Krankheitsgefühl; die Kranken sind matt, haben Schmerzen in verschiedenen Theilen, namentlich im Kopf. Die Nächte werden schlaflos zugebracht oder wird der Schlaf in Folge bunter und langer Träume unerquiklich. Diese sowohl, als auch verschiedenartige Sinneshallucinationen erhalten den Kranken in beständiger Aufregung und flössen ihm Furcht und Schreken ein, wodurch nicht selten der endliche Ausbruch der Tobsucht veranlasst wird. Häufig treten auch Herzpalpitationen, Pulsfrequenz, Fieber ein; die Zunge belegt sich, der Appetit fehlt bald ganz, bald ist er zur Gefrässigkeit erhöht, der Durst ist meist vermehrt, der Stuhl verstopft. Die ganze Physiognomie nimmt einen andern Ausdruk an. Sowohl in Folge der unaufhörlichen Aufregung, in der die Kranken

leben, als in Folge des Fiebers und der Verdauungsstörungen verändert sich ihr Aussehen: bald sehen sie blass, bald geröthet aus; die Haut ist mit Ausnahme des Kopfs eher kühl, oft unempfindlich gegen Wärme und Kälte; der ganze Körper magert oft schnell ab. — Sofort zeigen die Kranken ein ungewöhnliches Benehmen, das sich namentlich durch grosse Lebhaftigkeit auszeichnet; ihr Gang ist hastig, alle Bewegungen sind schnell, die Schritte fest und gewaltig; die Worte werden rasch vorgestossen, lauter ausgesprochen und mehr mit Grimassen und Gesticulationen begleitet, die Rede ist eilig und rüksichtslos, bald sarcastisch, bald grob; das ganze Benehmen ist unfläthig und schamlos. Hemmungen von aussen oder Versuchen zum Zwang wird der grösste Widerstand entgegengesezt und nur durch Freundlichkeit werden die Kranken zuweilen gelenkt. Viele werden ungewöhnlich höflich, fangen an, eine Menge Besuche zu machen; sehr oft besteht ein lebhafter Trieb nach geistigen Getränken, doch auch nach Wasser. In nicht seltenen Fällen empfinden die Kranken das Herannahen eines Tobsuchtparoxysmus und bitten dann die Umstehenden, für sie zu sorgen oder verlangen geradezu das Anlegen von Zwangsmitteln.

Nach diesen Vorboten bricht mehr oder weniger anfallsweise die Tobsucht aus. Sie hat sehr mannigfache Aeusserungen, aber immer bleibt ein hoher Grad von motorisch psychischer Aufgeregtheit mit ungestümen und rüksichtslosen Handlungen das hervorstechendste Symptom. Ohne einen bestimmten Willen, ohne das Bewusstsein eines bestimmten Zwekes, kaum trieb- oder instinctartig thun die Kranken die heterogensten Dinge. Manche Kranke treiben sich nur harmlos und ohne Zwek herum: sie springen, tanzen, vagiren mit den Händen, ziehen Frazen, nehmen allerhand verschiedene Stellungen ein u. s. f. Andere sagen Alles, was ihnen eben in den Sinn kommt, laut und zuweilen nur fragmentarisch her; manchmal werden alle Einfälle und Gedanken in Reimen vorgebracht oder werden ohne Zusammenhang sinnlose Worte zu Reimen aneinander gereiht (Reimsucht, Rhythmomanie). Manche suchen Alles, was sie erlangen können, in ihren Besiz zu bringen; Andere steken Alles in den Mund (Fresssucht) und verschmähen zuweilen die eigenen Excremente nicht (Coprophagen). Manche zerbrechen alle leblose Gegenstände (Zerstörungssucht), Andere verlezen Lebloses und Lebendes (Mordsucht). Bei Manchen dreht sich das ganze Thun und Treiben um Befriedigung des Geschlechtstriebes; sie entblössen sich und fordern Jedermann zur Ausübung des Coitus auf und wären es selbst Personen des gleichen Geschlechts.

Die ruhigeren Zustände der stillen Tobsucht treten theils nach solchen Paroxysmen, theils spontan ein und tragen den Ausdruk einer fragmentäreren Erkrankung oder einer Annäherung an exaltirte Verrüktheit und an Wahnsinn. Die Gedanken eilen in überstürzendem Flusse. Alte längst verloren geglaubte Erinnerungen tauchen wieder auf. Die Combinationen und Urtheile sind von grosser Kekheit, zuweilen von treffender Wahrheit und drastischem Wize. Die Kranken sind meist sehr redselig: Manche, die sonst nur zusammenhanglos zu sprechen vermochten, halten jezt fliessende Vorträge. Nach allen Seiten findet sich eine grosse Sicherheit und ein erstaunliches Selbstvertrauen. Sind Wahnvorstellungen vorhanden, so sind diese ephemer, wechselnd und überspringend, keine ist dauernd und fix, keine wird herrschend. Auch die Hallucinationen sind stets ungestüm und wechselnd. Dieser Zustand dauert bisweilen durch die ganze Manieperiode hindurch. In andern Fällen geht der Gedankensturm bald wieder in eine wilde Hast und Unordnung über, verliert allen Zusammenhang und erlischt in sinnlosem Geschrei und Gebrüll und es schliesst sich damit ein Tobsuchtsparoxysmus an. — Zuweilen hält der Tobsüchtige auch mit der Aeusserung seiner Gedanken zurük und verweilt in einem verbissenen Schweigen, das jedoch durch ausdrukvolle Geberden sich verräth, oder er schreitet schweigend zu den grausamsten Handlungen.

D. Die Periode der Fixirung des Deliriums (fixer Wahnsinn, partielle Verrüktheit, Monomanie).

Wenn die Exaltation sich zu mässigen beginnt und dabei nicht eine rasche und allseitige Aufklärung der gesammten Geistesverhältnisse eintritt, so fängt sie an, sich auf einzelne isolirte psychische Gebiete zu beschränken, innerhalb welcher Empfindlichkeit und wenn nicht dauernde Exaltation, so doch eine Geneigtheit zur Rükkehr derselben zurükbleibt und welche somit der Herd eines sich fixirenden Wahns werden, während nach andern Seiten hin eine leidliche, selbst fast annähernd gesunde Geistesfunctionirung, Beschäftigung u. dergl. möglich wird. — Zuweilen geschieht

es auch, dass der fixe Wahn sich ohne auffallende Exaltationsperiode aus psychischer Gereiztheit, Hypochondrie und Schwermuth entwikelt, ja selbst dass er, jedoch vornehmlich nur bei Greisen, Trunkenbolden und schwachsinnigen Individuen primär sich einstellt. — Selten erfolgt die Reduction der psychischen Störung auf einen localen fixen Wahn plözlich und rasch. In den meisten Fällen ist die Grenze nicht anzugeben, wo man den Fall nicht mehr als im Stadium maniacale, sondern als in der Periode der partiellen Verrüktheit befindlich anzusehen hat.

Der fixe Wahn kann einen verschiedenen Character haben, wonach die Form desselben, seine Aeusserungen und die künftigen Schiksale des Kranken wesentlich bestimmt werden:

Der fixe Wahn kann den Character der Selbstüberhebung, des Sichglüklichfühlens zeigen (Höhenwahn, Monomanie des grandeurs): dieser lässt einen baldigen Verfall und Untergang erwarten;

er kann den Character der Traurigkeit haben: schwermüthiger fixer Wahn, — welcher am häufigsten Rükfälle in maniacalische Exaltationen macht, eine fortdauernde Gereiztheit in sich schliesst, aber eine lange Andauer zulässt;

er kann endlich den Character der apathischen gleichgiltigen Verstandesverarbeitung eines Wahnobjects zeigen: chronische Narrheit, — ruhigste Form, welche vornehmlich einer sehr langen Dauer zugänglich ist und dabei unter allen Formen des Wahns bei richtiger Behandlung die Erhaltung der Geistesfunctionirungen nach allen andern Richtungen als der des Wahns für eine oft geraume Zeit zulässt.

Bei dem fixen Wahn, in welcher Form er sich auch darstellen mag, bleibt stets noch kürzere oder längere Zeit eine exaltirte Stimmung, wenn auch nur in der partiellen Richtung des Wahns, oder doch eine Neigung zur Exaltation in dieser Richtung zurük, und es kann leicht geschehen, dass die Exaltation so sehr sich steigert, dass sie wenigstens zeitweise das ganze psychische Verhalten überzieht. So treten Anfälle von ausgedehnter exaltirter Verrüktheit, von verbreitetem Wahnsinn und von Tobsucht, zumal auf aufregende Veranlassungen, aber auch nicht selten spontan und in ziemlich regelmässigen Perioden in der ersten Zeit der Fixirung des Wahns auf, können sich selbst Jahre lang in dieser Weise wiederholen, sind aber gewöhnlich jedes Mal nur kurzdauernde, höchstens Wochen lang anhaltende Paroxysmen. — Allmälig nimmt diese Neigung zur Exaltation ab, die eingeschobenen Exaltationsparoxysmen werden seltener und schwächer, in den Intervallen wird die Beruhigung des Kranken immer auffälliger und dauernder; dem fixen Wahn accommodirt sich das übrige psychische Sein und kommt mit ihm in Harmonie. Damit werden Aufregungen immer seltener, vornehmlich wenn der Kranke richtig behandelt und gepflegt wird; aber während die äussere Besonnenheit sich herzustellen scheint, verödet in Wahrheit die ganze Hirnthätigkeit mehr und mehr, gewinnt im Stillen der Wahn immer weitere Provinzen des Geistes, werden die Wahnideen immer maassloser, der Kranke immer gleichgiltiger, vergesslicher, zerstreuter, unfähiger zu zusammenhängenden und einen Zwek habenden Handlungen, sein Benehmen wird bei aller äusseren Ruhe bizarrer und

grillenhafter und die Aeusserungen seiner Vorstellungen werden immer verworrener und zusammenhangloser. So neigt sich dieser Zustand in unmerklichen Uebergängen dem allgemeinen Verfalle zu.

Das körperliche Befinden ist meist ziemlich gut; oft nimmt das Körpervolumen zu und ist der Appetit und sind alle Functionen ungestört. Doch zeigt sich zuweilen auch, besonders bei den schneller verlaufenden Fällen, ein cachectisches Aussehen und ein offenbarer Verfall des Körpers; auch sind Krämpfe, Unmachten, locale Paralysen nicht selten.

Nur selten hellt sich der Zustand nach Fixirung des Wahns, zumal nach Erkaltung aller Exaltation, wiederum zu einer freieren und gesunderen geistigen Bewegung auf und noch seltener ist eine vollkommene Herstellung zu erwarten. Dagegen erfolgt auch der Tod niemals durch die Krankheit selbst, sondern nur durch zwischenfallende Affectionen und gleichsam zufällig, besonders häufig durch Tuberculose. In den Leichen werden zuweilen keine irgend erheblichen Störungen gefunden, meist jedoch finden sich Reste abgelaufener Entzündung in der Corticalsubstanz des Gehirns und in den Ventrikelwandungen, alte Intermeningealapoplexieen, Verwachsungen der Pia mit dem Gehirn, Entfärbung, Verhärtungen und secundäre Atrophieen der Hirnrinde, Verwachsungen und Verengerungen der Seitenventrikel, Verschliessungen einzelner Abtheilungen derselben, chronischer Hydrocephalus und andere weniger häufige chronische Affectionen des Gehirns.

Die partielle Verrüktheit stellt sich, besonders in solchen Fällen, wo geringe Exaltationsperioden vorangegangen sind und überhaupt die Vorläufer still und rudimentär sich gezeigt hatten, oft mit so geringfügigen Aeusserungen dar, dass sie bei Unaufmerksamkeit leicht übersehen werden kann und dass wirklich solche Individuen nicht selten als kaum krank, höchstens als verstimmt und sonderbar angesehen werden. In solchen Fällen kann sowohl der Wahn der Selbstüberhebung, wie der Wahn des Duldens vorhanden sein und sie sind in ihren Folgen nicht weniger schlimm, als die schwersten Störungen und führen oft noch rascher zum Verfall, wie diese. In solchen rudimentären Fällen sind sehr häufig gar keine Hallucinationen und Illusionen vorhanden, der Kranke sieht Alles, wie es ist; aber bei der Form mit Selbstüberhebung kommt er immer wieder darauf zurük, ohne alle Exaltation zu rühmen und hervorzuheben, wie gut und vortrefflich Alles ist, was er besizt, erzählt das jedem Fremden, den er zum ersten Male sieht und schliesst jedes Gespräch, zu dem man ihn veranlasst hat, mit den nachdrüklichen, aber doch kalten Versicherungen, wie reich er sei, wie viel er vermöge, wie viel er geleistet, wie schön sein Haus sei, wie vortrefflich seine Angehörigen u. dergl. Es ist hiebei nur fixe Selbstüberhebung ohne eigentlichen Wahn; aber jene nimmt sehr bald einen durchaus albernen, blödsinnigen Character an und die Paralyse folgt gewöhnlich noch rascher, als bei voller Ausbildung des Wahns. — In der Form, welche sich durch den Wahn des Duldens ausspricht, mischen sich die hypochondrischen und wehmüthigen, resignirten Ideen in jeden Gedankengang, und obwohl in ihnen bei so mässigen Fällen nichts absolut Unmögliches sich äussert, so sind diese Klagen und Befürchtungen doch durch die Umstände ganz ungerechtfertigt.

Je mehr der Wahn sich fixirt, erscheint die Exaltation mehr oder weniger erloschen, ein ganz ruhiger und gemässigter Fluss der psychischen Thätigkeiten hat sich hergestellt. Auch die beigemischten melancholischen Stimmungen werden abgeschwächt, erscheinen mehr als etwas Aeusserliches, und maniacalische Aufregungen, die oft Jahre lang von Zeit zu Zeit sich zeigen, werden mehr und mehr abhängig von zufälligen Eindrüken, intercurrenten Affecten oder körperlichen Beschwerden. Mit der grösseren Ruhe stellt sich die äussere Besonnenheit oder der Schein derselben mehr oder weniger her und wird das äusserliche Benehmen oft ziemlich anständig und erträglich. Hallucinationen und Illusionen sind in den meisten Fällen sehr mannigfaltig, doch fehlen sie zuweilen auch ganz. Der Kranke lebt in einer eingebildeten Welt, in welcher aber die reellen Dinge sämmtlich in

Einklang gebracht sind und ihre Rolle mitspielen. Zuweilen sieht der Kranke alle einzelnen Gegenstände richtig an, aber nur der Werth, den er ihnen beilegt, das Verhältniss derselben zu seinem Ich ist verkehrt und verrükt. Die Wahnvorstellungen selbst sind sehr verschiedenartig und verschiedengradig. Von den leichtesten und beschränktesten Wahnideen, die fast noch als blosser Irrthum bestehen können, bis zu fast gänzlicher Verworrenheit, wo sinn- und zusammenhanglose Bilder und Gedanken aufsteigen und nur loker durch einen herrschenden Wahn zusammengehalten werden, sind alle Grade möglich. Dabei ist aber stets eine Hauptidee vorhanden, welche der Kranke vorzugsweise immer äussert, zu der er Alles in Beziehung bringt und um derentwillen er die übrigen Verhältnisse verkehrt ansieht oder gleichgiltig von ihnen nicht berührt wird. Dieser Hauptwahn bezieht sich immer auf die eigene Persönlichkeit und zeigt bald die Form der Selbstüberhebung, bald die des Beherrschtseins durch die Objectivität, des Leidens und Duldens, bald auch gleichgiltige Beziehungen. Meist ist der Wahn sinnlos und abgeschmakt und selbst wo er von dem reellen Verhalten wenig abweicht, gibt er sich in abgeschmakten Aeusserungen kund. Nicht selten ist eine Art von formaler Logik in der Verarbeitung des Wahns, ein System, eine zusammenhängende Geschichte von Unsinn. Andere Male ist nur ein hartnäkiges und eigensinniges Wiedervorbringen derselben absurden oder an sich nicht einmal beträchtlich von der Wirklichkeit abweichenden Vorstellungen zu bemerken. Ausser diesem Wahnbereich können sich die Geistesthätigkeiten des Kranken in gewöhnlichen Bahnen bewegen; doch ist sein Gemüth verschlossen, gleichgiltig und kalt, der Antheil an andern, besonders auch an früher geliebten Personen erloschen oder oberflächlich und unwahr; das Denken schwach; nur selten kommen spontane Einfälle; die Unterhaltung ist meist nur, soweit sie sich in gemeinen Phrasen bewegt, vernünftig und auch das Urtheil nur in den einfachsten Verhältnissen richtig. Züge von Melancholie oder Selbstüberhebung modificiren die Stimmung und das Benehmen. — Die Bestrebungen richten sich im Ganzen nach der melancholischen oder maniacalischen Beimischung (Verdriesslichkeit, Zerstörung gleichgiltiger Dinge, unruhige Geschäftigkeit, Händelsucht). Sehr gewöhnlich sind grillenhafte Neigungen der verschiedensten Art, daher ein bizarres Gebahren, zuweilen Puzsucht, Stehlsucht, Muthwille. Anfangs nehmen sich die Kranken noch zusammen, wissen sich vor Fremden gut zu halten; später aber geben sie sich immer mehr preis, werden immer kindischer und läppischer. — Die Bewegungen sind unnatürlich, verschroben, verzerrt; die Physiognomie ist alt und verwittert, doch nicht ohne Ausdruk; sehr häufig finden sich automatische Bewegungen.

Dieser Zustand, der bald nur kurzdauernd ist, bald sich viele Jahre lang erhält, führt, wenn nicht durch andere Krankheiten ein zufälliger Tod veranlasst wird, fast mit Sicherheit dem gänzlichen psychischen Verfalle entgegen.

E. Die Periode des psychischen Verfalls, die allgemeine Verwirrung, die Auflösung und secundäre psychische Paralyse (secundäre Fatuität, consecutiver Blödsinn, Démence.)

Der psychische Verfall kann sich sehr rasch herstellen oder in langsamer und allmäliger Entwiklung sich ausbilden.

Er folgt rasch auf manche Fälle von Schwermuth, vornehmlich auf die mit Stupor und die mit Zerstreutheit; auch nach einer in der Schwermuthsperiode begangenen gewaltthätigen Handlung entwikelt er sich oft in wenigen Tagen; bei der Schwermuth mit Blödsinn kann der Verfall entweder allmälig zunehmen oder auch in acuter Weise sich vervollständigen.

Der Verfall folgt ferner zuweilen rasch auf heftige Paroxysmen der Exaltationsperiode, nach welcher die Beruhigung der Aufregung sofort den Character des Blödsinns annimmt und die in andern Fällen eintretende Aufhellung nicht mehr zustandekommt. Auch nach stillerer Exaltation, zumal aus der Form der exaltirten Verrüktheit, entwikelt sich der Verfall zuweilen unmittelbar, indem die verrükten Vorstellungen immer incohärenter, maassloser und unsinniger werden, was jedoch selten in rascher, meist in allmäliger Weise geschieht.

Durch eine incidente Krankheit heftigeren Grades, sei es eine fieberhafte

Affection, sei es eine hinzutretende anatomische Gehirnstörung, durch heftige und schnell sich wiederholende Convulsionen, durch grosse Excesse in alcoolischen Getränken kann sich in jedem Stadium der psychischen Krankheit rasch der Verfall entwikeln.

Am häufigsten aber geht er in allmäligem Fortschritte aus dem fixen Wahn hervor und bildet die regelmässige Folge desselben.

Die allgemeine psychische Verwirrung und Auflösung characterisirt sich durch eine zunehmende Erschlaffung und Abstumpfung in allen Gebieten des psychischen Geschehens. Für reale Wahrnehmungen fehlt zwar nicht das sinnliche Perceptionsvermögen, aber die Objecte machen keinen Eindruk mehr, und obwohl der Kranke noch im Stande ist, zu sehen und zu hören, so sieht und hört er nur sehr fragmentarisch, was um ihn vorgeht. Wenn noch Hallucinationen bestehen, so sind diese phantasielos, monoton und abgerissen; der Kranke verhält sich gleichgiltig gegen sie oder machen sie höchstens eine vorübergehende augenblikliche Erregung. Die Vorstellungen werden mehr und mehr incohärent und fallen aus einander. Wenn der Kranke auch in einzelnen Augenbliken und in einem kurzen Saze noch Sinn zeigt, so fällt er doch alsbald in seine verwirrten Vorstellungen zurük, die complet sinnlos, troz ihrer Bleichheit häufig maasslos, dabei ganz unmotivirt und abrupt sind. Alle Bestrebungen reduciren sich mehr und mehr auf Grillen und blasse Instincte. Die Bewegungen sind unkräftig, schlaff und häufig complicirt allgemeine Paralyse den Zustand. — Doch kommen auch noch bei manchen Kranken Anfälle von Convulsionen vor; diese sind aber ohne Heftigkeit, stellen nur eine kurze Erstarrung oder eine Art von Zitterkrämpfen dar. — Alle cerebralen Thätigkeiten treten mehr und mehr in Latenz; nur leichte Anklänge an frühere Erinnerungen und frühere Gewohnheiten tauchen noch auf oder üben noch einen schwachen Einfluss auf das äussere Benehmen des Kranken. Auch die Erinnerungen sind häufig ganz abrupt und in demselben Augenblik, in welchem der Kranke einen alten Bekannten wieder erkennt, hat er ihn auch schon wieder vergessen. — Der Fluss der psychischen Thätigkeiten ist ganz regellos; die Relationen sind undeutlich und verwaschen, die Anknüpfungen ganz äusserlich und das psychische Geschehen erscheint zuweilen einige Zeit lang völlig unterbrochen. Die Fähigkeiten gehen in zunehmender Stumpfheit unter, wenn auch zuweilen einzelne sich länger erhalten. Die Stimmung ist bald heiter, bald düster, meist aber gleichgiltig. Gemüthliche Erregungen kommen nur ganz vorübergehend vor. Paroxysmen von Exaltation können noch stattfinden, werden aber seltener und matt. Zum Schlusse verliert sich dieser Zustand in mehr oder weniger apathischen vollkommenen Blödsinn, der von andersartigem Blödsinn sich nicht weiter unterscheidet.

Der einzige Ausgang der consecutiven Fatuität und des daraus sich entwikelnden vollkommenen Blödsinns ist der Tod. Dieser tritt ein:

entweder durch eine Zunahme der allgemeinen Schwäche und Paralyse unter marastischen Symptomen und zwar diess in den meisten Fällen;

oder zuweilen nach einer nochmaligen Excitation, welche jedoch meist von kurzer Dauer ist und von baldigem Collaps gefolgt wird;

oder endlich durch mannigfaltige intercurrente Krankheiten und Complicationen, unter ihnen am häufigsten durch Pneumonie, Lungentuberculose, Darmverschwärung und Scorbut.

Von der allmäligen Ausbreitung und Verflachung des fixen Wahns bis zum allgemeinen psychischen Verfall finden unbestimmte und nicht zu fixirende Uebergänge statt: das Vagwerden und die Incohärenz der Wahnideen, die Zerstreutheit und grosse Vergesslichkeit, das Abruptwerden und die häufigen Unterbrechungen des Flusses der psychischen Vorgänge, zugleich mit dem immer zwekloser werdenden Herumtreiben und dem Versinken in immer kindischere Spielereien, in Gemeinschaft ferner mit dem beginnenden Stoken der Rede, Verwechseln der Worte und Buchstaben, dem taumelnden Gange und der überhand nehmenden Muskelschwäche — sind die Zeichen, an denen man die Fatuität erkennt.

Unter den Individuen mit allgemeiner Verwirrtheit finden sich noch grosse Verschiedenheiten. Manche stehen offenbar noch unter dem Einfluss ihrer früheren Gewohnheiten und ihrer ehemaligen ausgebildeten Intelligenz, sie vermeiden es, den Anstand grob zu verlezen, haben noch einen, wenn auch zur Albernheit herabgesunkenen Sinn für Ordnung, für bunte Farben und glänzende Gegenstände; sie schmüken und zieren sich, wenn auch in absurder Weise; sie fahren noch fort, einige mechanische Arbeiten zu verrichten, ja selbst zu geistigen Beschäftigungen nehmen sie noch den Anlauf. Dabei fallen von früheren Erlebnissen und Wahnideen noch manche Streiflichter in die geistige Verdunkelung. Solche zeigen, zumal bei guter Pflege und bei einiger Nachhilfe, noch ein ziemlich erträgliches, wenn auch nur ganz äusserlich gutes Benehmen. Von diesen bis zu den vollkommen Verthierten, den Unfläthigen, den ganz idiotisch Gewordenen, welche von Andern gefüttert werden müssen, kommen die allermannigfaltigsten Stufen vor.

F. Intercurrente und complicirende Affectionen und Phänomene.

Im Verlaufe und Fortgange der progressiven psychischen Verwirrung treten bald in andauernder Weise, bald mehr episodenartig, oder aber als Terminalaffection verschiedene Erscheinungen und Complexe auf, welche theils unmittelbar, theils indirect mit der Gehirnstörung wesentlich zusammenhängen, theils nur in äusserlicher Beziehung zu ihr stehen. Es sind diess nicht nur cerebrale Zufälle und Vorgänge, sondern auch Störungen beliebiger anderer Organe von grosser Mannigfaltigkeit. Sie bilden zuweilen nur ein Symptom des Verlaufs, das aber durch seine Lästigkeit oder seinen Einfluss auf die übrigen Erscheinungen mehr oder weniger wichtig wird, besondere Maassregeln verlangt und nicht selten dem ganzen Falle eine entsprechende Färbung gibt. In andern Fällen treten sie als Unterbrechungen des Verlaufs der psychischen Krankheit auf, während welcher nicht selten eine günstigere Gestaltung der Functionsverhältnisse des Gehirns sich herstellt, freilich aber oft auch ein rascherer und tieferer Verfall derselben bewirkt wird.

1) Unter den accessorischen Erscheinungen in der Functionirung des Gehirns, welche bald in vorübergehender Weise, bald dauernd im Verlaufe der Geisteskrankheiten auftreten, sind die wichtigeren:

die Nahrungsverweigerung,

die Neigung zum Genusse unverdaulicher und zum Theil ekelhafter Dinge,

die Unreinlichkeit,

die Selbstmordgelüste,

die Nymphomanie und die Neigung zu onaniren,

die Convulsionen,

die vom Gehirn abhängigen motorischen Paralysen.

Die Nahrungsverweigerung (Sitophobie) kommt bei allen Formen von Geisteskrankheit und in allen Stadien derselben zuweilen vor, am häufigsten in der Melancholie und vornehmlich in der mit Grillen complicirten Form derselben. Die Nahrungsverweigerung hat dabei verschiedene Ursachen: bald ist es eine dunkle Empfindung eines krankhaften Zustandes des Magens und Darmes, welche dem Geisteskranken einen Abscheu gegen jede Einführung von Substanz hervorbringt, bald beruht die Sitophobie auf Hallucinationen, namentlich des Geschmaksinns, bald auf Wahnideen, wie z. B. auf der Vorstellung, dass die Speisen Gift enthalten, auf der Meinung, des Genusses von Speise und Trank unwürdig zu sein, wegen begangener Sünden fasten zu müssen, auf der Furcht, die Speisen nicht bezahlen zu können, auf der Hoffnung, ein vermeintlich im Leibe getragenes Thier durch Fasten zu tödten; bald ist die Nahrungsverweigeruug nur eine Modification des Selbstmordtriebes, bald ist sie reine Grille und nichts weiter als Eigensinn. Die Sitophobie ist zuweilen eine vollständige, während in andern Fällen die Kranken kleine Mengen von Speisen und Getränken zulassen oder sogar, wenn sie unbeachtet sind, mit der grössten Gier verschlingen, was sie finden. Die Verweigerung der Nahrung sezt nicht nur die Ernährung im Allgemeinen herab, sondern scheint zuweilen die Ursache von Pneumonie und Lungenbrand zu werden.

Die Neigung, unverdauliche und ekelhafte Dinge zu verschlingen, ist nicht nur bei Kranken, welche dem Blödsinn nahe sind und die Beschaffenheit der Gegenstände nicht zu unterscheiden vermögen, sowie bei solchen, welche durch Hallucinationen und Illusionen zur Einführung von derartigen Substanzen veranlasst werden, zu bemerken, sondern sehr oft auch in Folge eines unwiderstehlichen Instinctes und einer grillenhaften Bestrebung. Nicht nur Koth, Urin u. dergl., sondern auch massenhafte Gegenstände, Glas, Messer etc. werden von den Geisteskranken oft verschlungen. Diesem Triebe ähnlich ist die Vorliebe vieler Geisteskranken für Gestank und üble Gerüche.

Daran schliesst sich die bei Geisteskranken nicht bloss als Vernachlässigung, sondern als positiver Trieb vorkommende Neigung zur Unreinlichkeit, welche in lezterer Weise jedoch selten in den primären Stadien sich zeigt. Bei den meisten Maniacalischen entspringt die Unreinlichkeit mehr nur aus Gleichgiltigkeit, doch sieht man schon bei Wahnsinnigen oft, dass sie den Unflath mit Lust pflegen und noch mehr geschieht diess bei fixem Wahn, bei Verrükten und bei den tieferen Graden der Abschwächung.

Eine gleichfalls häufige und hartnäkig festgehaltene Grille ist die, den Stuhl und den Urin so lange wie möglich zurükzuhalten, und manche Kranken bringen es hierin zu einer grossen Virtuosität, freilich sehr zum Nachtheile ihres Darms und ihrer Blase. Bei solchen Kranken, auf welche man genügende Aufmerksamkeit verwendet, dauert die Verweigerung, den Harn zu lassen, oft Monate lang und es wird nöthig, um andern Schaden zu verhüten, denselben fortwährend mit dem Catheter abzunehmen. Andere dagegen, bei welchen leztere Maassregel versäumt wird, halten Harn und Fäces zurük, solange sie es irgend im Stande sind und lassen sie dann mitten in der Unterhaltung mit Andern oder wo sie überhaupt sich befinden, abgehen.

Die Neigung zum Selbstmord ist den verschiedensten Formen und Stadien der Geisteskrankheit eigen, entspringt aber aus höchst differenten Motiven. Während bei den Einen dieselbe eine Folge des Ekels am Leben, der Reue über vermeintlich oder wirklich begangene Thaten, des Missmuths über die Lage und anderer an sich nicht ganz vernunftloser Motive ist, oder doch aus bestimmten Wahnvorstellungen sich entwikelt, durch Hallucinationen gesteigert wird, ist sie bei andern nur eine Form des gewissermaassen selbständigen Zerstörungstriebes, der ebenso an die eigene Person, wie an fremde Objecte die Hand legt; und noch in andern Fällen wird der Selbstmord oder die Vorbereitung dazu mit voller Seelenruhe und Gleichgiltigkeit vorgenommen und beruht auf nichts weiter, als einer motivlosen Grille. Der That selbst gehen in vielen Fällen peinliche und exaltirte Gemüthszustände voran, während in andern nichts davon zu bemerken ist. Oft tritt der Versuch zum Selbstmord ganz plözlich und ohne alle Vorbereitung ein und kann ebenso rasch ausgeführt werden; andere Male ist der Versuch lange prämeditirt, wird mit List verstekt und oft mit grosser Grausamkeit ausgeführt; noch Andere reden fortwährend vom Selbstmord, bei welchen jedoch ein ernstlicher Versuch desselben am wenigsten zu fürchten ist.

In Nymphomanie oder wenigstens annähernde Zustände erotischer Aufregung verfällt die Mehrzahl der weiblichen Geisteskranken, vornehmlich in den späteren Stadien, und es ist oft zu bemerken, dass diese Richtung bis an den äussersten Grad des Zerfalls, bei welchem alle andern Geistesthätigkeiten untergegangen sind, sich

erhält und dann immer schamlosere Formen annimmt, freilich dabei nur noch als ein unbewusster automatischer Instinct erscheint. Selbst bei den betagtesten Kranken kann man die geschlechtliche Richtung oft noch beobachten. Verhältnissmässig viel seltener ist die sexuelle Aufregung bei männlichen Kranken und fällt fast nur in die Periode der Exaltation oder in die Zustände grösserer Aufregung, welche eingeschoben in allen Stadien vorkommen können. Dagegen ist bei Irren beider Geschlechter das Onaniren sehr gewöhnlich und wird selbst ohne alle erotische Vorstellung als rein mechanische Manipulation noch in den äussersten Graden des Verfalls, oft fast ununterbrochen, vorgenommen.

Von der Exaltationsperiode an werden Convulsionen, meist in der Art epileptischer Paroxysmen, bei Irren sehr häufig und tragen wesentlich dazu bei, die psychische Zerrüttung zu befördern. Sie sind, soviel man weiss, an keine speciellen anatomischen Veränderungen gebunden und können zu allen Formen der Erkrankung sich hinzugesellen.

Die motorischen Paralysen können von accessorischen Veränderungen im Gehirn abhängen und sind dann wesentlich hemiplegisch, oder sie stellen sich in der Form der allgemeinen Paralyse dar, welche am häufigsten im Verlaufe des fixen Wahns mit Selbstüberschäzung vorkommt. (Siehe motorische Störungen.)

2) Unter den accessorischen Veränderungen im Gehirn, welche im Verlaufe der Geisteskrankheit eintreten und ihre Symptome den übrigen Erscheinungen beimischen, sind vornehmlich hervorzuheben:

die Blutüberfüllungen des Gehirns und seiner Häute,

die Anämieen,

die Extravasate in die Hirnmasse und die intermeningeale Apoplexie,

die plastischen Exsudationen in den Meningen,

das Oedem und die Erweichung des Gehirns,

die hydrocephalische Exsudation.

Die Symptome dieser anatomischen Veränderungen im Gehirn sind zum Theil diejenigen, welche diese örtlichen Störungen auch bei Nichtgeisteskranken hervorrufen, zum Theil aber sind sie modificirt durch den früheren Zustand der psychischen Functionen und stellen theils Exaltationsparoxysmen dar, theils bringen sie einen schnellen Collaps und einen acuten, jedoch oft transitorischen Blödsinn hervor, theils bereiten sie den allmäligen Verfall vor und beschleunigen ihn.

In sehr vielen Fällen kann man diese Vorgänge im Gehirn nicht mit Sicherheit diagnosticiren, oft nur vermuthen, und nur beim Eintritt hemiplegischer Erscheinungen wird die Diagnose eine annähernd sichere.

Im Speciellen bringen die Blutüberfüllungen des Gehirns und seiner Häute vornehmlich maniacalische Exaltationen und Krämpfe hervor, sie sind aber von noch grösserer Wichtigkeit dadurch, dass sie den meisten andern Störungen als Einleitungsprocesse dienen. — Die Anämie kann ebensowohl einen heftigen Paroxysmus von Delirium und Tobsucht bewirken, als einen raschen Collaps herbeiführen oder in mehr chronischer Weise den allgemeinen Verfall beschleunigen. — Die Apoplexieen des Gehirns treten am häufigsten in der maniacalischen Periode, sowie bei vorgerücktem Verfalle ein, haben die gewöhnlichen hemiplegischen Folgen und führen nach einer kurzdauernden delirirenden Aufregung, welche in den nächsten Tagen nach der Extravasirung eintritt, gewöhnlich zu raschem Untergang. Nicht selten werden sie auch unmittelbar tödtlich. — Die intermeningealen Apoplexieen geben gewöhnlich keine hervorstechenden Erscheinungen, tragen aber wesentlich zum tieferen und rascheren Verfall bei. — Die plastischen Exsudationen in den Meningen verlaufen, wenn sie umfangreich und acut auftreten, in acuter Weise tödtlich. Sie sind bald granulirt, bald diffus. Wo sie beschränkter und mehr chronisch sich herstellen, bedingen sie häufig anhaltende Kopfschmerzen, Hallucinationen und beschleunigen die psychische Zerrüttung. — Das Oedem des Gehirns bedingt einen meist acut sich herstellenden blödsinnigen Verfall. — Die Erweichung der Hirnmasse ist gleichfalls zuweilen die Ursache des acut sich herstellenden Blödsinns, vornehmlich dann, wenn die Corticalsubstanz in grösserem Umfange in dieser Weise verändert wird, wenn Hyperämieen der Pia und kleine Extravasate in ihr und der Hirnrinde vor-

ausgehen. Ausserdem ist die Erweichung des Gehirns die gewöhnlichste anatomische Ursache der Fatuität mit allgemeiner Paralyse. — Die hydrocephalische Exsudation kann lange ohne grosse Veränderungen in dem intellectuellen Verhalten bestehen, bedingt aber gewöhnlich heftige Kopfschmerzen und häufig Abnahme des Sehvermögens und Blindheit; weiterhin kann sie zu Blödsinn und Paralyse führen.

3) Die intercurrenten und complicirenden Erscheinungen und Vorgänge in einzelnen Theilen ausserhalb des Gehirns und seiner Häute sind besonders:

Entzündungen des äusseren Ohres, oft mit Sugillationen und mit Verkrüppelung des Ohrknorpels;

verschiedene Krankheiten der Haut, namentlich Erytheme, Erysipele, Papeln, Schuppen, Geschwüre, Gangrän;

Entzündungen und Ulcerationen in der Mund- und Rachenhöhle; Affectionen der Speicheldrüsen;

Laryngiten; Bronchiten; Pneumonieen, Lungenbrand, Lungentuberculose;

chronische Herzkrankheiten;

Magenaffectionen acuter und chronischer Art; Intestinalcatarrhe mit Follicularaffection, Erweichung der Schleimhaut und Verschwärung der Follikel; Typhus; acute Dysenterie; Coliten und chronische Dikdarmsulcerationen; Verengerungen, Verschlingungen der Därme und Herabsenkung des Colon transversum; Krankheiten der Leber;

Nieren- und Blasenkrankheiten;

Menstruationsstörungen und andere Krankheiten der Genitalien;

Gelenkentzündungen;

Neuralgieen verschiedener Provinzen.

Diese Störungen sind häufig nur die Folgen von Schädlichkeiten, denen sich die Geisteskranken ohne alle Vorsicht aussezen; in vielen Fällen aber lässt sich keine Ursache ihrer Entstehung auffinden. — Die meisten dieser Affectionen zeichnen sich durch ihre auffallende Symptomlosigkeit aus und können unbemerkt bis zu einem Grade fortschreiten, bei welchem das Leben nicht mehr bestehen kann. Namentlich sind die subjectiven Symptome bei diesen extracephalen Störungen fast immer sehr gering oder fehlen ganz, und selbst bei den Neuralgieen nimmt der Schmerz häufig einen irreführenden und dem Character des Deliriums entsprechenden Ausdruk an, wodurch derselbe nicht selten für eine Hallucination oder Wahnidee gehalten wird.

Die Entzündungen des äusseren Ohres, welche so häufig bei Geisteskranken gefunden werden, scheinen in der Mehrzahl der Fälle von Verlezungen und Misshandlungen abzuhängen. Es sind dabei häufig ursprünglich Sugillationen und erst nachträglich bildet sich die Hautentzündung, doch mögen auch primäre Erysipele und Eczeme am Ohr oft vorkommen. — Auch die Krankheiten der übrigen Haut hängen in vielen Fällen von äusseren Einwirkungen, von Unreinlichkeit, von Verlezungen, von anhaltendem Druk auf eine Stelle ab und sie können dann dazu beitragen, die allgemeine Aufregung zu steigern und durch die Empfindungen, die sie hervorrufen, die Hallucinationen und Wahnideen zu befestigen. — Die Affectionen der Mund- und Rachenhöhle sind gleichfalls sehr oft durch topische Einflüsse bedingt. Sie erreichen nicht selten einen bedeutenden Grad und können einen Grund der Nahrungsverweigerung abgeben. — Parotiden und Salivationen sind nicht seltene Affectionen der Geisteskranken, denen Manche einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Gehirnstörung zuschreiben. — Laryngiten hängen in den meisten Fällen vom übermässigen Schreien ab, wenn sie nicht durch Erkältungen oder im Verlauf einer Tuberculose

auftreten. — Die Pneumonie ist eine der häufigsten Terminalaffectionen der psychischen Erkrankung und zeichnet sich durch ihren insidiösen Verlauf und die nicht seltene Abwesenheit aller subjectiven und functionellen Symptome aus. — Der Lungenbrand kommt als Terminalerkrankung, seltener bei Schwermüthigen, am häufigsten bei Verrükten und Blödsinnigen vor, scheint besonders durch den brandigen Decubitus der Haut, zuweilen aber auch durch Nahrungsverweigerung herbeigeführt zu werden. — Die Lungentuberculose ist die gewöhnlichste chronische accessorische Krankheit der Geisteskranken. Sie tritt bald als acute, bald als chronische auf und ruft zumal in lezteren Fällen oft äusserst sparsame Symptome hervor. — Chronische Herzkrankheiten entwikeln sich sehr oft in der unmerklichsten Weise bei Geisteskranken. — Die Magenaffectionen hängen meist vom übermässigen Essen, vom Hungern und von der Einführung unverdaulicher Dinge ab. Sie haben nicht immer eine Verminderung des Appetits zur Folge und die Gefrässigkeit dauert in manchen Fällen troz schwerer Erkrankung des Magens fort. — Die Affectionen der Dünndarmschleimhaut haben dieselbe Ursache und können sowohl Verstopfung als Diarrhoe zur Folge haben. — Der Typhus, bei Geisteskranken nicht häufig, hat meist einen ziemlich latenten Verlauf. — Hartnäkige Verstopfung ist bei sehr vielen Irren zu beobachten und entwikelt sich offenbar oft erst im Verlaufe der psychischen Störung. — Coliten und chronische Dikdarmsulcerationen, zumal bei vorgeschrittener psychischer Erkrankung, bei Blödsinn mit Paralyse, höchst gewöhnliche Störungen, sind die hauptsächlichsten Ursachen der colliquativen Diarrhoeen und fördern wesentlich den Untergang. — Acute Dysenterieen zeigen sich nicht selten als leichtere oder schwerere Affectionen im Verlaufe der psychischen Erkrankung und scheinen häufig in schädlichen Ingestionen und in Erkältungen ihre Ursache zu haben. — Verengerungen, Verschlingungen der Därme sind nicht seltene Complicationen, werden die Ursache anhaltender, höchst hartnäkiger Verstopfung und verschlimmern in höchst bedeutender Weise den ganzen Zustand. Auch sie haben ohne Zweifel in unvorsichtigen Ingestionen ihre häufigste Ursache. — Die Senkung des Colon transversum, wenngleich vielleicht nicht selten die Ursache der psychischen Störung, kann auch in deren Verlaufe sich herstellen und trägt ebenfalls zu Hemmungen des Stuhls bei. — Krankheiten der Leber werden oft bei Irren gefunden. Ihre Beziehung zu der Geisteskrankheit ist zweifelhaft. — Krankheiten der Nieren und der Blase hängen am häufigsten mit hartnäkiger und eigensinniger Verhaltung des Urins zusammen, mögen aber auch zuweilen sich spontan entwikeln. — Die Mehrzahl der geisteskranken Frauen leidet an Menstruationsstörungen und sehr häufig bilden sich Krankheiten der Genitalien bei ihnen aus, wozu auch in vielen Fällen das Onaniren mitwirkt. Auch der Prurigo der Genitalien ist bei ihnen sehr häufig und wird in manchen Fällen die Ursache der Nymphomanie und des Onanirens. — Die Krankheiten der Gelenke, welche bei Geisteskranken nicht selten sind, hängen wohl meist von äusseren Ursachen ab. — Neuralgieen sind äusserst häufig bei Geisteskranken und werden bei ihnen sehr gewöhnlich im Sinne ihres Deliriums verwerthet, dienen diesem zu einer Art reeller Grundlage und bedingen dadurch dessen Fixität.

4) Unter den constitutionellen Krankheiten, welche bei Geisteskranken auftreten, sind am meisten zu beachten:
die Anämie,
die Hydropsieen,
der Scorbut,
die acuten putriden und pyämischen Affectionen.

Fast alle Individuen mit vorgerükter Geisteskrankheit und manche schon in ziemlich früher Periode verfallen in Anämie und zwar auch in den Fällen, wo Nahrung noch in grosser Menge eingenommen wird. Am auffallendsten ist die Anämie bei manchen Schwermüthigen, sowie in der Zeit des allgemeinen Verfalls. — Die Hydropsieen gehören nicht zu den gewöhnlicheren Störungen bei Geisteskranken. Sie treten vornehmlich in weiter gediehenen Fällen oder bei Störungen des Herzens und der Nieren auf. — Scorbutische Zustände, durch Affectionen des Zahnfleisches, durch Hämorrhagieen, Rhypien und Geschwüre der Haut, durch Blutergüsse aus Schleimhäuten und grosse Muskelschwäche sich kundgebend, treten vornehmlich bei vernachlässigten und bei gefrässigen Irren ein. — Die putriden und pyämischen Affectionen sind die Folgen der Verschwärungen und Verjauchungen auf der Haut und auf Schleimhäuten und können einen rasch tödtlichen Verlauf nehmen, unter Erscheinungen, welche Anfangs einer Intermittens ähnlich sind. — Auch gutartige

intermittirende Fieber werden zuweilen bei Geisteskranken beobachtet und man will sogar einen günstigen Einfluss auf die psychische Störungen von ihnen bemerkt haben.

G. Dauer, Verlauf und Ausgänge der Vesanie.

Die Dauer des ganzen Verlaufs der progressiven geistigen Zerrüttung ist äusserst verschieden. Selten ist sie kürzer als ein Vierteljahr; dagegen kann sie sich bis zu 30 und 40 Jahren und noch länger ausdehnen.

Der Verlauf zeigt bis zu der tödtlichen Beendigung der Krankheit oder bis zu der Wendung zur Herstellung im Allgemeinen ein deutliches Fortschreiten von Periode zu Periode, wenn auch zahlreiche eingeschobene Exacerbationen und Regresse zu früheren Stadien zuweilen den gleichmässigen Fortschritt stören und verdunkeln. Auch kommt es nicht selten vor, dass Intermissionen und freie Intervalle, und zwar zuweilen mit einer gewissen Regelmässigkeit in Perioden von bestimmter Zeitlänge (Monaten, Jahren), den Fortgang unterbrechen; aber selbst in diesen intermittirenden Fällen ist, wenn man den Verlauf im Ganzen betrachtet, die Tendenz, zu schwereren Formen der Zerrüttung vorzuschreiten, unverkennbar.

Die Ausgänge der Krankheit sind:

1) vollständige Genesung, welche fast nur in der melancholischen und maniacalischen Periode zu erwarten ist, häufiger im Sommer und im Herbste, als in andern Jahreszeiten erfolgt, am ehesten bei Kranken zwischen 25 und 45 Jahren und mit um so grösserer Wahrscheinlichkeit, je frischer die Erkrankung ist, gehofft werden darf.

In den meisten Fällen, in welchen Heilung eintritt, zeigen sich schon frühzeitig, mindestens im Laufe des ersten Jahres der Krankheit, Andeutungen der Besserung, und die Fälle, wo nach längerer, ununterbrochener Dauer doch noch eine vollständige Herstellung erzielt wurde, sind seltene Ausnahmen. — Die Zeichen der sich vorbereitenden Herstellung sind: ein ruhigeres Verhalten, vornehmlich mit Beruhigung in dem zuvor irritirten Gebiete der psychischen Thätigkeiten, eine Geneigtheit zu früheren Gewohnheiten, Neigungen, zur Arbeit und zur geistigen Beschäftigung zurükzukehren, das deutlichere Erkennen der eigenen Lage, bei zuvor Maniacalischen zuweilen der Wiedereintritt einer schwermüthigen Stimmung. — Die vollendete Genesung ist nur bei einer vollen Einsicht in den durchgemachten krankhaften Zustand, bei gänzlichem Aufgeben aller Wahnideen und krankhaften Bestrebungen, beim Wiedergewinn einer nach allen Seiten hin gesunden und kräftigen geistigen Thätigkeit anzunehmen. Es muss dabei die volle Unbefangenheit auch in den unbewussten Bewegungen, Geberden und in dem Blike des Kranken und eine gänzliche Beruhigung des Gemüths eingetreten sein; es müssen die geistigen Functionen still und ruhig von Statten gehen und nach keiner Seite hin hastiges, geräuschvolles und überstürztes Treiben mehr sich zeigen; es muss endlich alles dieses nicht bloss einige Tage oder Wochen, sondern Monate lang in Gleichmässigkeit sich erhalten. — Aber selbst bei der günstigsten Gestaltung der Gehirnfunctionen bleibt die Gefahr der Recidiven eine grössere, als bei den meisten andern Krankheiten.

2) Eine unvollständige Genesung mit zurükbleibenden einzelnen Abnormitäten der Geistesfunctionen, mit unvollkommener Beruhigung des Gemüths, einiger Abschwächung der Intelligenz ist in vielen Fällen das einzig Erreichbare. Eine solche kann nicht nur bei der Schwermuth und Manie, sondern auch nach der Fixirung des Wahns noch hin und wieder erreicht werden. Auch geschieht es nicht selten, dass die anfangs fortschreitende und zu den besten Hoffnungen Veranlassung gebende Besserung schliesslich doch nur zu einer unvollständigen Genesung führt.

3) An sie schliesst sich der Uebergang in stationäre Zustände an, welche freilich gewissermaassen nur ein scheinbares Verharren darstellen, aber bei welchen wenigstens ein sehr langdauerndes Gleichbleiben des Verhaltens, am meisten in der Form eines fixen und sehr beschränkten Wahns oder des Blödsinns sich zeigt.

4) Der Ausgang in den Tod kommt relativ am häufigsten im Laufe der ersten 8—10 Monate der Krankheit und zwar vornehmlich während des maniacalischen Stadiums vor. Ist einmal diese Zeit überstanden und werden nicht intercurrente Krankheiten tödtlich, so erfolgt der Tod fast immer erst in dem Stadium des Verfalls. Die meisten Todesfälle scheinen im Winter und im Frühjahr vorzukommen und das Alter zwischen 30 und 60 Jahren liefert deren die grösste Anzahl. Die tödtlich werdenden Störungen sind am häufigsten die allgemeine Paralyse und was damit zusammenhängt, zunächst danach Meningiten, etwas seltener Pneumonieen, Encephaliten, Hyperämieen und Apoplexieen des Gehirns, Tuberculose der Lungen, alle übrigen Erkrankungen nur in vereinzelter Weise.

Es ist eine allgemeine Erfahrung, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle, in welchen Heilung erfolgt, sehr zeitig die Besserung beginnt. In dem Rapport du directeur de l'administration de l'assistence publique sur le service des aliénés du département de la Seine für das Jahr 1852 wurden unter 536 aus Bicêtre und Salpetrière geheilt entlassenen Irren 470 vor dem Ende des 1sten Jahrs und 249 vor dem Ende des 2ten Monats nach ihrer Aufnahme entlassen: schon vom 5ten Monat nach der Aufnahme sinkt die Zahl der Heilungen so, dass sie für den Monat nur noch 3% der Gesammtheilungen beträgt; die Zahl der nach mehr als 3jährigem Aufenthalt noch Geheilten betrug nur 18. — Nach einer Statistik aus 8 Jahren (Aubanel et Thore, Recherch. statist. sur l'aliénation mentale 1841) kommen von 1940 Heilungen 1107 auf Sommer und Herbst, 466 auf das Frühjahr und 367 auf den Winter. — Auch bei dem günstigsten Gange der Genesung kommen Rükfälle sehr häufig vor und zwar werden diese meistens durch dieselben Ursachen, welche auch früher gewirkt hatten, herbeigeführt, doch nicht selten auch durch neue Einflüsse. Die grösste Wahrscheinlichkeit des Rükfalles besteht im 1sten Jahre nach der Heilung; nach dem 4ten werden die Rükfälle ungleich seltener. In dem oben angeführten Rapporte kamen unter 179 Rükfällen 102 auf das 1ste Jahr nach der Entlassung, 29 auf das 2te, 15 auf das 3te, 17 auf das 4te, 3 auf das 5te, auf keines der folgenden bis zum 15ten Jahre mehr als 2 und nach dem 15ten kam gar kein Rükfall mehr vor. Nicht selten sind wiederholte Rükfälle und während unter den ebengenannten 179 Kranken 124 nur einen erlitten, so erfolgte ein 2maliger bei 21, ein 3maliger bei 14, ein 4- und 5maliger je bei 6 und bei Einzelnen 6-, 7-, 8- bis 18malige.

Ueber die Häufigkeit der unvollständigen Genesung lassen sich keine bestimmten Thatsachen anführen; ebensowenig über den Uebergang in stationäre Zustände.

Unter den Todesfällen kommen die meisten in die ersten Monate. Nach dem angeführten Rapporte starben im Jahre 1852 unter 422 Irren 94 im 1sten Monat der Aufnahme, 45 im 2ten, 310 im ganzen 1sten Jahre, 67 im 2ten Jahre, 26 im 3ten, 6 im 4ten, 3 im 5ten, 8 im 6—10ten und 2 im 11—20sten. Die Ursachen des Todes verhalten sich nach der von dem Conseil de Salubrité gebrauchten Nomenclatur folgendermaassen: Von 422 starben an Paralyse 190, an Meningitis 74, an Pneumonie 26, an Tuberculose 21, an Encephalitis 18, an Cerebralcongestion und Apoplexie je 14, an Enteritis 8, an Hirnerweichung 6, 4 durch Asphyxie während eines convulsiven Paroxysmus; die übrigen Fälle vertheilen sich auf verschiedenartige Affectionen. Auffallend ist in der angegebenen Statistik die ungleiche Vertheilung mancher tödtlichen Krankheiten in beiden Geschlechtern; so wurde, um die gröbsten Verschiedenheiten hervorzuheben, die Cerebralcongestion bei Männern 10mal, bei Weibern 4mal tödtlich, die Encephalitis bei Männern 17mal, bei Weibern 1mal, die Meningitis bei Männern 73mal, bei Weibern 1mal, die Hirnerweichung bei Männern 0mal, bei Weibern 6mal, die Apoplexie bei Männern 14mal, bei Weibern 0mal.

III. Therapie.

A. Prophylaxis.

Die Maassregeln zur Verhütung psychischer Erkrankung gestalten sich verschieden je nach der Art der Individuen, welche geschüzt werden sollen.

1) Bei Individuen, welche keine prävalirende Disposition zur psychischen Erkrankung haben, sind auch keine besonderen prophylactischen Maassregeln nöthig: es genügt die Befolgung vernünftiger Grundsäze bei der Erziehung, sowie des gewöhnlichen diätetischen und hygieinischen Verhaltens. Die Umstände, unter denen bei solchen die psychische Verwirrung sich ausbildet, sind meist von der Art, dass sie von der Prophylaxis nicht erreicht werden können.

2) Bei einigermaassen disponirten Individuen, wie bei leidenschaftlichen Characteren, bei Gliedern von Familien, in welchen die Krankheit einheimisch ist, ist vornehmlich eine grosse Sorgfalt in der Erziehung nöthig: die Verhütung jeder extremen Geistesrichtung, die langsame und schrittweise Ausbildung der Intelligenz unter Vermeidung jeder forcirten Steigerung, die Kräftigung des Characters. Damit ist eine tüchtige Ausbildung des Körpers anzustreben und ein zwekmässiger, mit genügender Körperanstrengung und der Individualität entsprechender Geistesthätigkeit verbundener Lebensberuf zu wählen.

3) Bei Individuen, die schon einmal geistig erkrankt waren und daher in einer vorzugsweise erhöhten Disposition sich befinden, kann das hygieinische Verhalten nicht sorgfältig genug sein: alle Excesse, besonders in Spirituosis, alle körperliche und geistige Ueberanstrengung, Emotionen, rasche Uebergänge in den Gemüthsstimmungen sind zu vermeiden, eine genügende körperliche Beschäftigung mit möglichstem Genusse freier Luft, eine angemessene Ordnung der Verhältnisse ist zu wählen und jede Hirnhyperämie, Darmstörung und Constitutionsaffection ist sofort aufs Umsichtigste zu behandeln.

4) Bei Individuen, welche Vorboten der Krankheit zeigen, tritt die Behandlung der Hirnreizbarkeit ein: man muss suchen die Aufmerksamkeit abzulenken, mild und auf angenehme Weise zu zerstreuen, den Genuss frischer Luft und mässiger Bewegung zu verschaffen, besonders aber Hirnhyperämieen, Darmstörungen, allgemeine Anämieen in entsprechender Weise behandeln und alle anderen körperlichen oder geistigen Ursachen der psychischen Verwirrung gründlich zu ermitteln und zu beseitigen suchen.

B. Die therapeutischen Indicationen bei der begonnenen progressiven psychischen Verwirrung sind:

1) Causalindicationen. Die Bezugnahme auf die Ursachen, welche die Erkrankung hervorgerufen haben, kann nur da von Erfolg sein, wo der Fall frisch ist, oder wo die Ursachen auch bei längst ausgebildeter Erkrankung noch in Fortwirkung sind. Ueberhaupt aber ist selten auch unter den günstigsten Verhältnissen die therapeutische Berüksichtigung der ursprünglichen Ursachen der Erkrankung von raschem und entschiedenem Einfluss auf den Zustand. — Ungleich wichtiger ist die fortwährende Beiseitehaltung aller der Einwirkungen, welche im Verlauf den Kranken treffen und auf seinen Zustand ungünstig influiren und diess ebensowohl

in Bezug auf die Zustände und Functionirungen der peripherischen Organe, als in Bezug auf die Einflüsse, welche das Gehirn treffen und die Functionsmodificationen dieses Organs.

2) Beruhigung ist die Aufgabe, welche zuerst bei allen Geisteskranken vorliegt und welche auch im Verlauf bei jeder wiederkehrenden Exaltation die wichtigste bleibt. Erst wenn die Beruhigung, welche ebensowohl durch physische, als psychische Mittel erstrebt werden muss, bis zu einem gewissen Grade gelungen ist, können weitere Maassregeln versucht werden.

3) Die gewaltsame Unterdrükung ist nur in sehr acuten Steigerungen und Exaltationen, sowie bei hartnäkigen, in einzelnen Richtungen sich fixirenden Aeusserungen gestattet. Auch diese Indication bezieht sich ebensowohl auf körperliche, als auf psychische Erscheinungen und Vorgänge.

4) Die Stärkung des Kranken sowohl in leiblicher, als moralischer Beziehung kann nur dann mit Erfolg versucht werden, wenn bis zu einem gewissen Grade die Beruhigung erreicht ist. Sie kann theils eine allgemeine sein, theils besonders in psychischem Gebiete sich auf solche Verhältnisse beschränken, in welchen entweder der Kranke einer fremden Nachhilfe bedarf oder aber welche als relativ besser functionirende und einer kräftigeren Thätigkeit fähige den Punkt gewähren können, von welchem aus eine gesündere Functionirung auf das übrige psychische Leben sich ausbreiten kann.

5) Reizende Einwirkungen sind immer nur mit Vorsicht und interponirt anzuwenden, theils bei wirklichem raschem Collapsus, theils um eine vorübergehende Anregung zu geben, deren Effect erst durch die weitere Behandlung verwerthet werden kann.

6) Die Erhaltung der nicht oder wenig afficirten Körpertheile und Geistesgebiete in möglichst vollkommener Functionirung, die ausgedehnteste auf sie gerichtete Prophylaxis, die alsbaldige, jedoch mit milden Mitteln erstrebte Beseitigung aller im Verlauf der Krankheit in ihnen sich entwikelnden Anomalieen ist eine der allerwichtigsten Aufgaben bei der Behandlung psychischer Kranker. Soweit die Gesammtconstitution nicht oder wenig alterirt ist, trägt die Erhaltung eines möglichst befriedigenden Zustandes derselben ganz vorzugsweise dazu bei, die spontane Ausgleichung der psychischen Störung zu erleichtern oder den weiteren Verfall hinauszuschieben.

7) Die Behandlung einzelner Nebenzufälle und intercurrenter Affectionen ist nicht nur zur Erleichterung des Kranken und wegen der Gefahr jener Störungen nothwendig, sondern durch die Entfernung solcher complicirenden Zufälle und Zustände wird auch der Besserung des Hirnleidens selbst wesentlich Vorschub gethan. Ebensowohl locale Leiden, als Störungen der Constitution verdienen in dieser Hinsicht die alleraufmerksamste Berüksichtigung.

Es wäre ein grosses Missverständniss, wenn man wähnen würde, es gäbe Mittel und Methoden, welche direct aus einer verrükten und in Unordnung gekommenen Hirnfunction eine gesunde und geordnete herstellen könnten. Selbst die Entfernung der krankmachenden Ursache ist, wenn einmal die Anomalie in den Hirnfunctionen

sich festgesezt hat, in den meisten Fällen nicht im Stande, diese ohne Weiteres zu beseitigen. Denn in der Störung der Functionen liegt an sich eine fortdauernde Ursache, welche die Krankheit unterhält und die Beruhigung und die Ausgleichung nicht zustandekommen lässt. Dennoch sind in sehr vielen Fällen von Geistesstörung Momente genug vorhanden, von welchen aus eine spontane Umwandlung ausgehen kann und es ist eben die Aufgabe der Therapie, diesen in sich selbst überlassenen Fällen auf so viele Schwierigkeiten und Hemmungen stossenden Gang zur Herstellung zu begünstigen, zu unterstützen, die Hindernisse wegzuräumen und den Kranken nach allen Beziehungen in Verhältnisse zu bringen, welche der Heilung so vortheilhaft wie möglich sind. Dadurch erhält die Therapie der Geisteskranken einen mehr negativen, prophylactischen, zuwartenden Character, hat sich vor derben Eingriffen zu hüten und nicht an eine nominelle Diagnose, sondern an alle Seiten der Situation des Kranken anzuknüpfen. Ebendarum lässt sich die Methode der Behandlung auch nicht wohl formuliren, da kleine Umstände eine gänzliche Veränderung des Verfahrens bald bei einer andern Persönlichkeit, bald aber vorübergehend in einem und demselben Falle nöthig machen können. Immer aber muss festgehalten werden, dass die zu erwartenden günstigen Wirkungen eines Curverfahrens nur allmälig und Schritt für Schritt eintreten können, dass aber der Schaden eines Missgriffs sehr rasch sich bemerklich machen und einen Monate langen Erfolg zunichtemachen kann. Somit ist die grösste Vorsicht, zumal in Beziehung auf positive Eingriffe nöthig. Wo leztere räthlich erscheinen, sind sie fast überall nur in beschränktem Maasse und in solcher Weise vorzunehmen, dass einem etwa eintretenden Nachtheil sofort wieder entgegengewirkt werden kann. Stärkere heroische Mittel und Methoden sind auf einzelne besondere Fälle zu beschränken. — Die curative Berücksichtigung etwaiger anatomischer Veränderungen im Gehirn erscheint bei Geisteskranken als ein sehr untergeordnetes Moment; denn mit Ausnahme einzelner besonders rasch sich entwikelnder und hartnäkiger Störungen lehrt die Erfahrung, dass die anatomischen Veränderungen des Organs am sichersten sich wieder lösen oder doch unschädlich werden, wenn man es unterlässt, direct auf sie einzuwirken, und wenn man sich begnügt, die Constitution im Ganzen günstig zu gestalten und die Functionen des Organs in einem ruhigen, milden Gange zu erhalten. — Viel wichtiger erscheint es, die Störungen anderer Organe, welche das Gehirnleiden compliciren, in directen Angriff zu nehmen, indem durch die wirkliche Besserung solcher Affectionen ein wohlthätiger Einfluss auf den Gang der Gehirnfunctionen ausgeübt wird. — Ebenso wichtig ist es, durch alle zu Gebote stehenden Mittel die Constitution im Ganzen in einer günstigen Lage zu erhalten oder eine solche herzustellen und es gehören darum angemessene Ernährung, der möglichst häufige Genuss einer reinen und kräftigen Atmosphäre, Arbeit und Bewegung, Lebenspflege überhaupt zu den wichtigsten Hilfsmitteln der Therapie der Geisteskranken; ihnen schliessen sich, wo die Constitution in speciellerer Weise alterirt ist, die besonderen Methoden für solche Erkrankungsformen an.

C. Die therapeutischen Mittel und Methoden bei der progressiven Geistesverwirrung sind:

1) psychische Behandlungsmittel. Sie sind bei Geisteskranken von der allergrössten Wichtigkeit und dürfen bei keiner Form und bei keinem Stadium der Erkrankung vernachlässigt werden, mag man daneben noch andere Curmethoden gebrauchen oder nicht.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass manche Geisteskranke ohne alle psychische Behandlung, bei dem rohesten und unzwekmässigsten Benehmen gegen sie, unter Einflüssen, welche fortwährend neue Ursachen der Erkrankung werden sollten, doch genesen, und es ist keine Anstalt so schlecht geleitet, keine Privatverpflegung verkehrt genug, als dass nicht troz derselben ein Geisteskranker heilen könne. Es ist hiebei kein anderes Verhältniss, als bei den somatischen Krankheiten, bei welchen ebenfalls Fälle genug ohne alles Curverfahren, ohne alle Diät, unter fortwährenden Insulten auf die kranken Theile doch hin und wieder heilen. Ebenso kann ein krankes Gemüth auch dann noch möglicher Weise sich erholen, wenn es auch noch die Last der Umstände mit überwinden muss. Sowenig es aber gestattet sein kann, aus jenen Erfahrungen in somatischen Krankheiten die Nichtigkeit medicamentöser Behandlung und die Entbehrlichkeit einer Diät und sorgfältigen Abhaltung von Schädlichkeiten abzuleiten, ganz ebensowenig darf man aus der Heilungsfähigkeit mancher Geisteskranken ohne psychische Einwirkung oder bei verkehrtem psychischem Verfahren die Nuzlosigkeit der psychischen Behandlung deduciren.

Eine richtige psychische Behandlung trägt nicht nur zur Herstellung der Geisteskranken und zur Beschleunigung derselben wesentlich bei, sondern sie ist auch nöthig und fast noch unerlässlicher, wenn man die Aufgabe hat, weitere Verschlimmerungen und tieferen Verfall des Kranken zu verhüten.

a) Zum Zweke des Heilverfahrens hat man die krankhafte Stimmung des Kranken zu beruhigen, die schiefen und verkehrten Thätigkeitsweisen des Gehirns mit Vorsicht zu dämpfen, zu schwächen und sie in andere Richtungen zu leiten, daneben aber dazu beizutragen, dass die ursprüngliche, aber unterdrükte Persönlichkeit gehoben, befreit und gestärkt werde.

b) Zum Zweke der Palliativbehandlung bei vorläufig oder für immer incurabeln Fällen hat man nicht nur die Schwächung und das allmälige Erlöschen von Wahnvorstellungen und krankhaften Bestrebungen, sondern auch deren Unterdrükung zur Aufgabe, hat man ferner nicht nur die Hebung und Stärkung der alten Persönlichkeit, sondern Neubildung und Erziehung innerhalb der gegebenen Situation zu erzielen.

Das psychische Heilverfahren hat vor Allem sich an die Stimmung des Kranken anzupassen und da diese sich nicht gewaltsam ändern lässt, so ist die Aufgabe zunächst nur, dieselbe zu mildern, zu besänftigen, ihr andere Unterlagen zu bieten. Die Wahnvorstellungen und verkehrten Bestrebungen sind abhängig von der Stimmung und weichen mit ihr und es ist daher nur insofern in einzelnen Fällen speciell entgegenzutreten, weil das Excessivwerden eines Symptomes den zu Grund liegenden Zustand selbst wieder nachtheilig steigert und weil jede Eingewöhnung und Fixirung krankhafter Thätigkeiten und Relationen an sich ein Hinderniss für die Ausgleichung wird. Immer aber muss bei der symptomatischen Behandlung der einzelnen Aeusserungen des kranken Zustandes der leztere, d. h. die psychische Stimmung maassgebend bleiben. Die Neigung zur spontanen Lösung wird wesentlich gefördert, unterstützt und oft in gewisser Art der Impuls zu ihr gegeben, indem man sucht, die verdüsterten, unterdrükten, aber nicht untergegangenen Elemente der ursprünglichen Persönlichkeit zu heben und in kräftigere Action zu versezen. Die psychische Behandlung findet in den meisten heilbaren Fällen in der natürlichen Neigung zur Ausgleichung in dem Grade eine Hilfe, dass, wenn nur die körperlichen Störungen entfernt und ermässigt werden, ein negatives Verfahren, d. h. Abhaltung nachtheilig wirkender psychischer Einflüsse vollkommen genügt und dass man daher, zumal der weniger Gewandte und in derartigen Krankheiten Geübte am Besten thut, auf alle positiven psychischen Einwirkungen, durch welche bei einem Missgriff so leicht viel geschadet werden kann, ganz zu verzichten und sich auf das Abhaltungssystem zu beschränken.

Die psychische Palliativbehandlung zur Ermässigung unheilbarer Fälle und zur Verzögerung ihres tieferen Verfalls erfordert weit mehr Kunst, feine Ueberlegung, individualisirende psychologische Erfahrung und Tact, als das wirkliche Heilverfahren. Es muss in solchen Fällen nicht bloss den einzelnen Aeusserungen des krankhaften Verhaltens ungleich mehr Rechnung getragen werden, die Ablenkung, ja selbst die Unterdrükung der Wahnvorstellungen und krankhaften Bestrebungen wird hier in vielen Fällen Nothwendigkeit, sondern es ist zugleich eine Art von Neubildung, eine Gewöhnung an regulärere Gedankengänge, an sittlichere Bestrebungsrichtungen, ja selbst an äussere Sitte, mit einem Wort: es ist Erziehung erforderlich mit allen ihren mannigfaltigen Seiten und zwar an einem oft äusserst widerstrebenden Objecte.

Die Mittel und Hilfen der psychischen Behandlung sind:

der stille und wohlthuende Einfluss, welchen Theilnahme, Wohlwollen, Sorgfalt auf jedes Gemüth, zumal auf ein krankes üben;

der stille und fortreissende Einfluss, welchen die Ordnung der äusseren Umgebung und der bestimmte, aber ruhige Gang des alltäglichen Lebens in ihrer friedlichen und wohlgeordneten Gemeinschaft selbst auf den Widerstrebenden haben;

der nach verschiedenen Seiten wirksame Einfluss, welcher durch ungewohnte und neue Umgebungen hervorgebracht wird;

die erhebende, kräftigende und zugleich ableitende Wirkung, welche eine den Kräften und dem Geschmak entsprechende und von bald sichtlichen Erfolgen belohnte Beschäftigung selbst auf den Entwöhnten ausübt;

die Uebung der Geistesfähigkeiten, die Anregung der Wissbegierde, die Erweiterung des Gesichtskreises und die Schärfung des Urtheils durch angemessene Lectüre, durch Unterhaltung und Unterricht, durch Versuche in eigenen geistigen Productionen;

der günstige Einfluss, welchen die Cultur zugänglicher und fortbildungsfähiger Seiten des geistigen Lebens auf das gesammte psychische Verhalten hat;

die Unterstüzung, deren ein haltloses und auf die eigenen Kräfte nicht mehr vertrauendes Gemüth in der Hinweisung auf providentiellen, höheren, göttlichen Beistand bedarf;

die Erheiterung, welche angenehmer geselliger Vertrieb und jeder erlaubte, ungetrübte, ächte Genuss bringt;

die Ermuthigung, welche in dem Beifall, in der Anerkennung, in Belohnungen gewährt wird;

die Nachhilfe, welche den streitenden Vorstellungen und Bestrebungen durch fremde Hinweisung auf das Richtige und Wahre, durch Aufdekung der Fehlgriffe und Irrschlüsse geleistet wird;

die allmälige Wirkung der Gewohnheit und äusseren Zucht auf den Gang und die Richtung der Gedanken und daher die Nöthigung zu einem anständigen, reinlichen, geregelten Betragen und zu Einhaltung guter Sitte;

die Zurükdrängung extravaganter und hartnäkig sich wiederholender verkehrter Vorstellungen und Bestrebungen erst in Güte, durch Vorstellungen, dann durch milde Zurechtweisung, zulezt durch ernste Strafen (Entziehung gewohnter Genüsse, Isolirung, kalte Douche) und psychischen und selbst physischen Zwang;

die Ueberwältigung der Ungebärdigkeiten, des brutalen und eigensinnigen Widerstands, der wilden Ausbrüche durch ernstes entschiedenes Entgegentreten und durch mechanische Zwangsmittel, die aber nicht höher gegriffen werden dürfen, als absolut nöthig erscheint und sich in allen Fällen beschränken lassen auf Isolirung, schonende Ueberwältigung, Zwangshemd und Zwangsstuhl, Befestigung im Bette durch Riemen, Verhinderung des ungestümmen Gebarens durch hindernde Riemen.

Die Aufgaben und Methoden der psychischen Behandlung sind aufs Befriedigendste und zugleich sehr bündig von Griesinger dargestellt (psychische Krankheiten pag. 363—374). Es wird daselbst vortrefflich auseinandergesezt, welche wesentliche Verschiedenheiten zwischen der Erziehungskunst im engern Sinn und der psychischen Irrenbehandlung stattfinden, wie ferner durch Zuspruch moralisirender Vorstellungen, durch logische Bekämpfung und Ueberzeugenwollen vergeblich und eher schädlich als nüzlich auf die Wahnvorstellungen eingewirkt werde; welche Gefahren die Repression der Wahnideen mit dem Schrekenssysteme der Douche und andererseits das Eingehen auf den Wahn des Kranken haben; wie vielmehr psychische Ableitung durch Arbeit gesunder Art, durch Abziehen der Aufmerksamkeit, wie Stärkung und Kräftigung des alten Ichs noththue; es wird der hohe Werth der Arbeit, die Nüzlichkeit des Unterrichts, der Musik und anderer Zerstreuungs- und Erheiterungsmittel hervorgehoben, der Einfluss religiöser Einflüsse gewürdigt und deren vortheilhafte, d. h. beruhigende, erhebende, wie deren nachtheilige, d. h.

auf Zerknirschung, Aufregung u. dergl. hinwirkende Form wohl unterschieden. Es wird endlich auf die Nothwendigkeit physischer Beschränkungsmittel und die Mangelhaftigkeit und Unausführbarkeit des No-restraint-Systems hingewiesen. — Es ist unmöglich, hier auf diese nach den individuellsten Beziehungen zu modificirenden Methoden der psychischen Behandlung des Näheren einzugehen. Dagegen ist noch hervorzuheben, dass die meisten und wirksamsten der psychischen Mittel nur in Instituten genügend erlangt werden können, deren ganze Einrichtung zu diesem Zweke hergestellt ist, und häufig hat man bemerkt, dass schon die Versezung in eine derartige Anstalt ohne alles Weitere einen günstigen Einfluss auf den Kranken ausübt, die schlimmsten Symptome sich sogleich zum Besseren wenden und die heftigsten Fälle von Aufregung sich auf eine überraschende Weise beruhigen. Auch ist es nicht selten, dass die Versezung aus einer an sich ganz gut geleiteten Anstalt in eine andere in Fällen, bei welchen die Hoffnung auf Heilbarkeit aufgegeben war, den günstigsten Einfluss übt.

2) Die körperliche Diätetik unterscheidet sich bei Geisteskranken nicht wesentlich von der, welche bei jedem andern Individuum zur Erhaltung der Gesundheit nothwendig ist. Nur muss sie mit weit grösserer Genauigkeit und Consequenz durchgeführt werden und ist den besonderen Umständen des Falls anzupassen. In den melancholischen Zuständen ist bis zu einem gewissen Grad Nachgiebigkeit für die Stimmung und Wünsche des Kranken in dieser Hinsicht nöthig und sind nur dringendste Erfordernisse in Beziehung auf Nahrung, Bewegung, Temperatur, Luftgenuss zu erzwingen. In dem maniacalischen Stadium hat die Diätetik mehr der, welche bei fieberhaften und aufgeregten Zuständen nöthig ist, zu entsprechen; sie muss mehr entziehend in Bezug auf alle Reizmittel sein, zu reichlichen Stoffersaz nicht gestatten, jedoch mit Rüksicht auf die zuweilen lange Dauer dieser Periode. In den nachmaniacalischen Stadien ist eine genaue Hygieine, eine restaurirende Diätetik eine der wichtigsten und wesentlichsten Aufgaben und auch beim Widerstreben des Kranken muss genügende Ernährung, reichliche Bewegung, Reinlichkeit und Hautpflege, möglichster Genuss einer reinen, gesunden Luft erzwungen werden.

3) Die Behandlung mit Medicamenten und andern im engern Sinn zum technischen Apparat der Therapie zu rechnenden Methoden ist bei Geisteskranken eine ziemlich beschränkte. Sie bezieht sich hauptsächlich auf folgende Indicationen:

a) die Anwendung beruhigender Mittel, unter welchen vornehmlich die Nauseosa, die kühlenden Salze und Säuren, die Digitalis, die Blausäure, der Tabak und einige andere narcotische Mittel, nur in exceptioneller und intercurrenter Weise das Morphium und Opium, ferner die lauen Bäder und Begiessungen, das milde Regenbad, die kalten Ueberschläge zu nennen sind;

b) die Anwendung des Chinins und der China, theils bei rhythmischen Intermissionen, theils als nachhaltiges Tonicum, theils endlich gegen einzelne neuralgische Erscheinungen;

c) die Mittel, welche einer Hirnhyperämie entgegengesezt werden können, sind Eisblase, örtliche Blutentziehungen und Venaesectionen, von denen aber fast nur bei entschieden exacerbirender oder intercurrent eintretender Hirnhyperämie Gebrauch zu machen ist, vornehmlich aber in den Fällen, wo das Entstehen eines Extravasats zu drohen scheint oder auch wenn ein solches eben erst eingetreten ist, während die mehr continuirliche

Blutüberfüllung des Gehirns diesen Mitteln nur ausnahmsweise weicht und häufig nach einer vorübergehenden Ermässigung der Zufälle nur in um so höherem Grade wiederkehrt, während ferner bei Geisteskranken durch jene Mittel oft ein rascher Collaps herbeigeführt oder der Uebergang in die Schwächezustände gefördert wird; ferner kalte Klystire, Drastica, Hautreize auf die Waden, Fusssohlen etc., welche eher eine wiederholte Anwendung bei chronischer Hirncongestion zulassen.

d) Die Mittel, welchen man eine resorbirende Wirkung zuschreibt, können bei Geisteskranken nur selten zur Anwendung kommen, weil die Diagnose eines resorbirbaren Exsudats nur in wenigen Fällen mit einiger Wahrscheinlichkeit gemacht werden kann.

e) Die Anwendung reizender Substanzen ist nur bei besonderen Verhältnissen, namentlich wenn zu einer Zeit, wo der Krankheitsprocess diess nicht nothwendig mit sich bringt, plözlich oder allmälig ein Collaps sich auszubilden anfängt. Das vorzüglichste unter diesen Mitteln scheint wegen seiner sedativen Nebenwirkung, zumal auf die Genitalien, der Campher zu sein; auch der Wein, die Arnica können zur Anwendung kommen. Als ein mässiges, unschädliches und besonders in den Fällen, wo die Paralyse droht, conservirendes Mittel ist das kalte Regenbad anzusehen, anstatt dessen auch kalte Waschungen gemacht werden können.

f) Die Anwendung von Mitteln, welche den complicirenden und intercurrirenden Affectionen ausserhalb des Gehirns entgegenwirken, am häufigsten die Mittel gegen Verstopfung, gegen Diarrhoe und Darmverschwärung, die Emmenagoga und überhaupt die Mittel gegen solche accessorische oder consecutive Erkrankungen irgend eines Theiles des Körpers, welche entweder an sich Gefahr bringen und lästig sind, oder welche den Zustand des Gehirns zu verschlimmern oder zu unterhalten vermögen.

In einer Krankheit, welche in den meisten Fällen über Jahre sich hinzieht, muss die Anwendung von Medicamenten sparsam sein und ist nicht ausser Acht zu lassen, dass eine anhaltende Ingestion von Stoffen, welche nicht als Ernährungsmaterial dienen, nicht ohne mögliche nachtheilige und incorrigible Folgen sein kann, selbst wenn diese nicht alsbald sich durch Erscheinungen ankündigen. Mindestens ist es nöthig, mit der Anwendung eigentlicher Medicamente von Zeit zu Zeit zu pausiren und sie vornehmlich für diejenigen Perioden der Krankheit aufzusparen, in welchen sich entweder Exacerbationen zeigen oder eine Wendung zum Bessern gehofft werden kann, oder auch eine schlimme Wendung befürchtet werden muss. Andererseits aber würde man sehr unklug handeln, wenn man sich der wirklich erleichternden und oft die Heilung befördernden Mittel entschlagen wollte, weil dieselben gegen die Grundstörung selbst ohne wesentlichen Einfluss sind.

Unter den beruhigenden Mitteln dienen die Nauseosa, namentlich der Tartarus emeticus in kleinen Dosen, oder der Brechwein vornehmlich in den Fällen grösserer Exaltation und es eignet sich das erstere Mittel schon darum sehr zur Anwendung, weil es, ohne dem Geschmak des Kranken bemerklich zu werden, gegeben und den Getränken beigemischt werden kann. Man sieht darauf oft genug eine Verminderung der psychischen Spannung, ein ruhigeres Verhalten und selbst eine Neigung zum Schlafe eintreten.

Die kühlenden Salze und Säuren sind vornehmlich bei solchen Kranken zu gebrauchen, welche selbst die Anwendung von Mitteln gegen ihre eigene Aufregung wünschen, und während dabei die stärker wirkenden unter diesen Mitteln, wie das Nitrum und die Mineralsäuren, nur für heftigere und vorübergehende Zustände verwandt werden sollen, so kann man die milderen, wie Cremor tartari, Limonaden, anhaltender gebrauchen. Ganz vorzugsweise eignen sich für Kranke mit mässiger Aufregung die kohlensauren Wässer, welche von ihnen gemeiniglich sehr geliebt werden, aber welche auch nur mit Maass zu gebrauchen sind.

Die Digitalis scheint unter den narcotischen Mitteln dasjenige zu sein,

welches bei kräftiger Wirksamkeit am wenigsten schadet und ist vornehmlich bei der Tobsucht und bei Fällen mit Herzpalpitationen, unregelmässiger Circulation mit grossem Vortheil zu verwenden. Auch in andern Fällen ist ihr Gebrauch wohl erlaubt, so lange nicht der Magen empfindlich gegen sie ist, und wenn nicht eine sexuelle Aufregung besteht. In mässigen Fällen ist der Gebrauch von einem oder wenigen Granen pro die, bei heftigerer Exaltation gr. xx—xxx zulässig. — Die Blausäure eignet sich vornehmlich bei zarten Constitutionen und ersezt bei diesen bis zu einem gewissen Grade die Digitalis, ist namentlich bei der Angst, Beklemmung und Aufregung der Melancholiker von grossem Nuzen. — Der Tabak wird selten als Arzneimittel angewandt, was vielleicht zu bedauern ist. Dagegen ist er als Schnupf- und Rauchtabak das gewöhnlichste Beruhigungsmittel der Irren. — Manche andere Narcotica sind früher und auch in neuerer Zeit dringend empfohlen worden, wie der Helleborus, die Datura (besonders in Fällen mit Hallucinationen), die Belladonna, das Extract. Cannab. — Das Opium wird vornehmlich nur in den Fällen, wo durch Herbeiführung eines Schlafes eine erhebliche Wirkung erwartet werden darf, angewandt.

Am meisten auseinandergehend sind die Ansichten über die Anwendung der Blutentziehungen, zumal der Venaesection, welche früher ziemlich allgemein in Gebrauch gezogen, neuerdings nur auf die Fälle beschränkt wird, wo entschieden Plethora, Herzkrankheiten oder unterdrükte Blutungen die Veranlassung zu exaltirter Hirnfunctionirung sind. Die örtlichen Blutentziehungen sind weniger gefährlich, bringen häufig bei Hirnhyperämieen eine mindestens vorübergehende günstige Wirkung, obwohl ihre öftere Wiederholung, zu der die Recidiven aufzufordern scheinen können, am Ende gleichfalls einen nachtheiligen Einfluss üben kann.

So vortheilhaft der Gebrauch drastischer Mittel, vornehmlich in frischen Fällen, aber auch in denjenigen alten ist, die mit habitueller Trägheit des Stuhls verlaufen, so muss doch bei der Geneigtheit zu chronischen Darmcatarrhen und Darmulcerationen der Gebrauch dieser Mittel vorsichtig sein, und wo sie durch kalte Klystire ersezt werden können, ist das immer vorzuziehen. Ebenso sind sie bei vorhandener sexueller Aufregung zu vermeiden.

Die Hautreize, in der Absicht, eine Ableitung hervorzurufen, sind nur mit Vorsicht und in ausgewählten Fällen in Anwendung zu bringen: die gelinderen sind allerdings ohne Nachtheil, aber auch fast durchaus nuzlos; die stärkeren (Blasenpflaster, Brechweinsteinsalbe) können zwar in manchen Formen höchst erheblichen Nuzen gewähren, geben aber, fehlerhaft und in nicht dazu geeigneten Fällen gebraucht, eine lästige Complication und können selbst nicht unbeträchtlichen Schaden stiften.

Alle tonischen und allgemein reizenden Medicamente dürfen nur nach bestimmter individueller Indication und unter fortdauernder genauer Beobachtung der Wirkung zur Anwendung kommen.

D. Die einzelnen Stadien und Formen der psychischen Erkrankung erfordern erhebliche Modificationen in dem therapeutischen Verfahren.

1) In dem Prodromalstadium ist eine mehr prophylactische Therapie mit sorgsamer Rüksichtnahme auf ursächliche Verhältnisse, die Behandlung aller körperlichen Störungen und Ablenkung des Geistes durch geordnete Beschäftigung, sowie durch zwekmässige Zerstreuung (Landaufenthalt, nicht anstrengende Reisen) nöthig.

2) In dem Stadium der Schwermuth ist, zumal in frischen Fällen, die somatische Therapie von dem entschiedensten Nuzen und hat sich vornehmlich der beruhigenden, später der mild erregenden und stärkenden Mittel zu bedienen. Die psychische Behandlung kann in mässigen Fällen durch dieselben Mittel wie im Prodromalstadium nüzlich wirken. In schwereren und vorgerükteren Fällen dagegen ist ein planmässiges Verfahren mit Vermeidung und Beschränkung positiver Einwirkungen (Zuspruch, Belehrung, Ueberredung, Ueberraschung, Strafe u. dergl.) unerlässlich.

Man hat vornehmlich durch Abhaltung aller Schädlichkeiten und aller nachtheiligen Eindrüke auf das Gemüth die psychische Beruhigung und damit die Zurükdrängung, das Vergessenmachen der schmerzhaften Stimmung zu erstreben und daneben und darauf mit grosser Vorsicht die noch unversehrteren Gebiete der psychischen Individualität zu heben und zu stärken. Fast in allen solchen Fällen ist es unerlässlich für den Erfolg der Cur, den Kranken aus seiner bisherigen Umgebung zu entfernen, in der alle Eindrüke ihn reizen und ihn in ein für ihn neues, durchaus geordnetes Verhältniss zu versezen, in welchem er der von Allen befolgten Regel sich leichter fügt. Ruhe und Stille ist in der ersten Zeit für ihn nothwendig, und erst wenn dadurch eine Ermässigung der Aufregung erreicht ist, darf durch gelinde Einwirkung auf sein Gemüth, durch milde Zerstreuung, durch leichte geistige Beschäftigung, sowie durch eine zu unmittelbaren Erfolgen führende mässige körperliche Arbeit dem Geiste eine entsprechendere Richtung gegeben werden.

Einige Modificationen und Complicationen der Schwermuth erheischen noch besondere Methoden:

bei Schwermuth mit Stumpfsinn muss vollkommene körperliche und geistige Ruhe eintreten und ist die Anwendung von Vesicatoren, von Brechweinsteinsalbe auf den geschorenen Kopf, von der kalten Uebergiessung und von drastischen Mitteln vom grössten Erfolg;

bei der hypochondrischen Melancholie ist vornehmlich die somatische Behandlung und die Ablenkung des Geistes durch anstrengendere körperliche Arbeit nöthig;

bei der Melancholie mit hervortretenden Wahnideen, Grillen und Aufregungen in der Bestrebungssphäre ist die Beruhigung durch somatische und psychische Mittel mit noch grösserer Consequenz zu verfolgen, darf aber bei eintretenden Extravaganzen entschiedener und positiver eingewirkt werden;

die Melancholie mit Willenlosigkeit oder mit Zerstreutheit verlangt vornehmlich eine unermüdliche psychische Behandlung, welche im ersteren Fall in allmäliger Stärkung der psychischen Thätigkeiten, im lezteren durch methodische Spannung der Aufmerksamkeit zu erstreben ist;

die Schwermuth mit Blödsinn gibt wenig Aussicht für die Behandlung und verlangt eine sorgsame Erziehung und beständige vorsichtige Beaufsichtigung des Kranken.

3) In der Exaltationsperiode sind gleichfalls die beruhigenden somatischen Mittel und zwar in grösserem Umfang und mit grösserer Consequenz anzuwenden und die psychischen Einwirkungen den besonderen Verhältnissen anzupassen.

Der Tobsüchtige ist möglichst zu isoliren, alle Eindrüke auf die Sinne sind zu beschränken, um das Toben hat man sich möglichst wenig zu bekümmern und nur bei wirklicher Gefahr oder Unbändigkeit mit Zwangsmitteln oder Strafen einzuschreiten. Ohne Tyrannei gegen den Kranken zu üben, hat man doch jede schwache Nachgiebigkeit zu vermeiden. Vieles Wassertrinken, Brechweinstein in kleiner Dose, Nitrum, Digitalis, Aq. laurocerasi, Drastica, kalte Ueberschläge, in einzelnen Fällen örtliche Blutentziehungen und Morphium kommen vornehmlich in Anwendung.

Der Wahnsinnige und exaltirt Verrükte wird fast nur in einer Irrenanstalt zwekmässig behandelt; höchstens leichte Fälle können auch in der Privatpraxis gebessert werden. Die somatische Behandlung besteht vornehmlich in Salzen, Brechweinstein, Digitalis und andern narcotischen Mitteln, aber immer in kleiner Dose, in kühlen Bädern, kalten Waschungen und Ueberschlägen. Dabei ist auf anstrengende körperliche Arbeit, selbst bis zur Ermüdung zu achten. Die psychische Behandlung muss besonders vorsichtig sein. Man kann sich Anfangs negativ verhalten, den Kranken gewähren lassen und nur trachten, die grösste Aufregung zu mildern; erst allmälig darf man wie durch Zufall und scheinbar ohne Berechnung ihm durch schlagende Gegengründe die Unsinnigkeit seiner Vorstellungen und seines Benehmens zu zeigen suchen; sofort muss man ihn an empfänglichen Stellen fassen und von diesen aus von seinen Wahnvorstellungen ablenken. Das consequenteste Benehmen, eine unerbittliche Unterordnung mit Bestrafung von Extravaganzen, aber auch mit wohlwollender Gewährung von kleinen Freuden und mit Belohnung von Wohlverhalten ist gegen ihn das passendste Verhalten.

4) Der fixe Wahn verlangt in der ersten Zeit eine ähnliche Behandlung wie der exaltirte Wahnsinn, zumal das psychische Verhalten, welches

gegen vorgerüktere Grade des lezteren nöthig ist. Je mehr die Monomanie sich fixirt hat, um so mehr wird die Aufgabe der Therapie eine palliative und es muss wenigstens getrachtet werden, das tiefere Versinken des Kranken zu hindern und die Aeusserungen der Wahnideen nach Möglichkeit zu unterdrüken.

Man muss den Kranken gewöhnen, die Wahnideen, die man nicht verschwinden machen kann, wenigstens zurükzuhalten: dabei vergisst er sie mehr oder weniger, und man darf dazu Strafen und Belohnungen verwenden; man muss ihn zur Thätigkeit, zur körperlichen wie geistigen, nöthigen, und es gelingt dadurch, dass man sein Interesse anregt, ihn länger geistig zu erhalten.

5) Je mehr sich der Zustand dem allgemeinen Verfall nähert, um so mehr muss man zufrieden sein, wenn der Kranke sich nur erträglich benimmt, muss man sich begnügen, ihn an eine äussere Ordnung zu gewöhnen, die grössten Extravaganzen zurükzuschreken und die einzelnen Complicationen für sich zu behandeln.

BB. TORPIDE, PARALYTISCHE FORMEN (GEISTESSCHWÄCHE, FATUITÄT, STUPIDITÄT, BLÖDSINN).

I. Die Fälle von psychischem Torpor und psychischer Paralyse zeigen nach Art der Ursache und der Umstände, nach Grad des Verkommenseins, wie nach Art des Verlaufs und der Complicationen höchst mannigfaltige Differenzen, Ausdruksformen und Herstellungsaussichten, welche Verschiedenheiten zwar zum Theil und bei scharf characterisirten Verhältnissen als fixirbare Erkrankungsweise aufgefasst werden können und müssen (transitorischer Blödsinn, senile Fatuität, consecutiver fortschreitender und terminaler Blödsinn, cretinöser Blödsinn), in der Mehrzahl der Fälle aber Mittel- und Mischformen darstellen, dabei bald unter scheinbarer Uebereinstimmung des Vorkommens verschiedene Aeusserungen zeigen (z. B. einfache und cretinöse Blödsinnige der Alpen, permanent geistesschwache Greise und Greise mit fortschreitendem Blödsinn), bald unter differenten äusseren Umständen ein ähnliches Bild der geistigen und körperlichen Gestaltung darbieten (endemische und sporadische Cretinen), bald endlich durch Vereinigung mannigfacher Einwirkung gleichzeitig die Charactere verschiedener Formen an sich tragen. Es ist daher einerseits eine Betrachtung der Beziehungen und Aeusserungen des Blödsinns und der Geistesschwäche überhaupt und im Allgemeinen erforderlich, ausserdem aber auch ein näheres Eingehen in die Verhältnisse besonderer und fixirterer Vorkommensweisen und Formen, wobei jedoch solche in der specielleren Darstellung übergangen werden können, welche nur in geringfügigen und untergeordneten Momenten von den allgemeinen Characteren der psychischen Paralyse abweichen.

Es ist unmöglich, die verschiedenen sich darstellenden Fälle von Blödsinn nach scharfen Momenten und Gruppen zu theilen; denn es lässt sich weder der Eintheilungsgrund aus der Aetiologie entnehmen, da die wesentlich wirkenden Ursachen uns grösstentheils unbekannt sind und dieselben Umstände des Vorkommens sich bei verschiedenen Formen des Blödsinns nur in verschiedener Häufigkeit wiederholen; noch lässt sich die Abtheilung nach Graden der Erkrankung durchführen, da diese überall in einander laufen und bei geringeren Graden oft einzelne schwere Erscheinungen vorkommen, die bei den höheren fehlen; noch ist die Eintheilung

an den palpabeln Zustand des Gehirns zu knüpfen, da die wesentlichen anatomischen Störungen nicht nachzuweisen sind und die verschiedensten Störungen bei derselben Aeusserungsform und dieselben Störungen bei verschiedenen Formen und Graden des Blödsinns vorkommen. Auch die Beschaffenheit des Körpers, welche zum Theil der Abgrenzung des cretinösen Blödsinns zu Grunde liegt, ist unbrauchbar für die specielle Unterscheidung: denn es kommen unter den Verhältnissen, welche als Ursache der cretinösen Entartung angesehen zu werden pflegen, Blödsinnige mit wohlgebildetem Körper vor und es ist eine bestimmte Körperconformation zwar häufig und überwiegend mit gewissen Formen des Blödsinns verbunden, aber nicht constant; es lässt sich selbst nicht bestimmen, wieweit die Körperentartung Ursache, Complication oder Folge des Blödsinns ist. Ebensowenig kann man nach dem Verlauf die sämmtlichen Fälle von Blödsinn genügend unter Abtheilungen bringen, da bei Blödsinnigen, die in allem Uebrigen sich ähnlich sind, der Verlauf bald ein kurzdauernder und transitorischer, bald ein progressiver, bald ein permanenter sein kann.

Und doch ist es für die Beschreibung und für die Durchschauung der Verhältnisse ganz unumgänglich, die Blödsinnsfälle in ihren Differenzen aufzufassen. Es kann das nicht anders gelingen, als indem man

1) die Charactere des Blödsinns überhaupt und die Verschiedenheiten desselben, wie sie unter den mannigfachsten Verhältnissen sich darstellen, von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet,

2) aber diejenigen Formen, welche sich als die fixirtesten und abweichendsten darstellen und nach Ursachen oder Form der Anomalie am schärfsten characterisirt sind, für sich hervorhebt, wobei zwar einige Wiederholung nicht umgangen werden kann, das Verständniss aber wesentlich zu gewinnen scheint. Es liegt in der Natur dieser Betrachtungsweise, dass die einzelnen fixirten Formen nicht nach einem einzelnen Eintheilungsprincipe abstrahirt werden dürfen, sondern nach dem practischen Bedürfnisse, d. h. je nach dem Momente, in welchem ihr characteristisches Verhalten liegt. Solche speciellere fixirte Formen des Blödsinns sind: der transitorische Blödsinn, die senile Fatuität, der consecutive und zugleich terminale Blödsinn am Schlusse von Hirnkrankheiten, der cretinöse Blödsinn.

II. Aetiologie der Geistesschwäche und des Blödsinns überhaupt.

Die Geistesschwäche und der Blödsinn kann vorkommen:

A. unter dem Einflusse einer angezeugten und angeborenen Anlage (angeborener Blödsinn, Idiotismus innatus genannt, obwohl derselbe nicht nothwendig unmittelbar nach der Geburt sich zeigen muss, sondern zuweilen erst im weitern Verlaufe des Lebens hervortritt). Der angeborene Blödsinn findet sich unter folgenden Momenten, von welchen bald nur eins, bald mehrere in Wirksamkeit sind:

1) er ist in gewissen Localitäten einheimisch: dieser Blödsinn nimmt gewöhnlich, jedoch nicht ausschliesslich die Form des cretinösen an (Cretinismus endemicus, alpinus). S. die Aetiologie dieser Form.

2) Er ist begründet in einer Familienanlage, vermöge der nicht nur in bestimmten Localitäten, sondern auch sporadisch der Blödsinn in mehr oder weniger häufigen Wiederholungen bei Individuen einer Abstammung sich zeigt.

Unter diesen Verhältnissen nimmt der Blödsinn überwiegend häufig, doch mit ziemlich zahlreichen Ausnahmen, die cretinöse Form an und zwar vorzüglich, aber nicht ausschliesslich, wenn Familienanlage und endemische Einflüsse zugleich wirken; etwas weniger allgemein, doch noch häufig genug, wenn jene ohne die lezteren in Wirkung ist. In manchen Fällen stammen allerdings die Familien, in welchen cretinöse und andere Blödsinnige sich zeigen, aus Gegenden, in denen der Cretinismus endemisch ist und fahren nun fort, auch nach der Entfernung aus diesen Cretinen zu produciren. In zahlreichen andern Fällen ist jedoch von einem solchen Zusammenhang nichts zu bemerken. Die Familien mit der Anlage zur Production von Blödsinnigen zeugen häufig auch Sprösslinge, welche mit andern Gehirnkrankheiten behaftet sind, oder kommt es in bemerkenswerther Häufigkeit bei ihnen vor,

dass die Kinder frühzeitig nach der Geburt zu Grunde gehen, dass die Frauen abortiren; doch können auch ganz vollkommen normale und geistig entwikelte Individuen aus solchen Familien hervorgehen. In einzelnen Fällen beobachtet man, dass ohne bekannte Ursachen in einer früher gesunden Familie blödsinnige Sprösslinge in auffallender Häufigkeit hervortreten.

3) Ein abnormer Zustand während der Zeugung: Betrunkenheit des Vaters oder der Mutter, schwere Gemüthsdepression und andere, freilich oft schwierig zu erweisende Einflüsse während des Begattungsactes werden allgemein als Ursache des angeborenen Blödsinns angesehen, der alsdann bald die cretinöse Form annehmen soll, bald nicht.

Solche Einflüsse mögen zuweilen bei Abwesenheit aller andern Umstände wirksam sein, sie scheinen aber jedenfalls bei Vorhandensein der endemischen oder Familiendisposition die blödsinnige Natur der Frucht noch zu erhöhen und sicherer zu machen.

4) Nachtheilige Einflüsse auf die schwangere Mutter, Krankheiten des Uterus während der Schwangerschaft, starke Blutungen desselben, Gemüthsbewegungen, häufige Betrunkenheit der Mutter, Entbehrungen, nach Manchen der Anblik von Blödsinnigen während der Schwangerschaft können als Ursachen von angeborener Geistesschwäche in einzelnen Fällen angesehen werden. Meist zeigt sich dabei nicht die Form des cretinösen Blödsinns, obwohl auch diese zuweilen unter solchen Umständen bei Abwesenheit aller andern Cretinismus bedingenden Verhältnisse vorzukommen scheint.

5) Krankheiten des Fötus, vornehmlich Affectionen seiner Hirnhäute, Verlezungen und Beeinträchtigungen des Kopfs während der Geburt können gleichfalls angeborenen Blödsinn bewirken, der aber in solchen Fällen nur ausnahmsweise die cretinöse Beschaffenheit zeigt.

6) Da bei vorhandener Anlage, mag diese auf Umstände begründet sein, auf welche sie will, ein unzwekmässiges Verhalten des Kindes in den ersten Monaten und Jahren: Ueberfütterung oder schlechte Ernährung, Vernachlässigung und grobe Unreinlichkeit, Mangel an geistiger Anregung, zu grosse Nachgiebigkeit und Verziehung, häufige Gesellschaft mit Blödsinnigen die Ausbildung des Blödsinns bei dem Kinde wesentlich befördert und ihn zu höheren Graden steigern kann, so müssen auch diese Verhältnisse als mitwirkende Ursachen des angeborenen Blödsinns genannt werden.

7) Endlich kommen Fälle von angeborenem Blödsinn vor, bei welchen nirgends ein Umstand aufgefunden werden kann, der als Ursache oder auch nur als entfernt mitwirkendes Moment der Entstehung des Blödsinns angesehen werden dürfte.

Es geht aus dem Gesagten hervor, wie ineinandergeschoben die Verhältnisse des endemischen und sporadischen Blödsinns sind und wie daher eine vollkommene Auseinanderhaltung desselben ganz unzulässig ist. Es wird die Unnatürlichkeit einer scharfen Trennung beider noch dadurch erhöht, dass an manchen Orten der Blödsinn zwar nicht in wirklich endemischer Verbreitung, wohl aber in auffallend cumulirterer Weise vorkommt, als an andern; es ist ebensowenig die Unterscheidung zwischen hereditärem Blödsinn und nicht hereditärem nach dem Gesagten festzuhalten, da in der That bei vorhandener Heredität noch specielle Ursachen den Blödsinn zum Ausbruch bringen können und da bei Blödsinnigen, deren Geistesschwäche durch ganz bestimmte individuelle Veranlassungen vor der Geburt bedingt ist, doch zuweilen einige Familienanlage sich ergibt.

B. Der erworbene Blödsinn kommt vor:

1) primär, d. h. ohne vorausgehende nachweisbare Krankheit.

Und zwar:

a) sind bestimmte Lebensperioden als prädisponirend zur Entstehung des primären Blödsinns anzusehen: so namentlich die Zeit des zweiten und dritten Lebensjahres, in welchen Fällen der erworbene Blödsinn sehr gewöhnlich alle Charactere des angeborenen und oft die des cretinösen annimmt, so dass ein zu solcher Zeit blödsinnig Gewordener sich später in nichts mehr von dem an Idiotismus innatus Leidenden unterscheidet; — zur Zeit der zweiten Zahnperiode, in welchen Fällen schon seltener, doch immerhin noch oft genug, der Blödsinn die cretinöse Form annimmt; — zur Zeit der Pubertätsentwiklung, in welchen Fällen nur ausnahmsweise die Form des Cretinismus entsteht. In allen diesen Fällen aber ist sehr häufig eine ursprüngliche, sei es endemische, sei es Familienanlage, sei es individuelle Prädisposition nicht zu verkennen, obwohl die Entwiklung des Geistes in den ersten Jahren ohne Hindernisse vor sich ging und der Stillstand derselben erst zu einer der genannten Epochen eintritt. — Ausserdem gibt das höhere Alter eine überwiegende Disposition zum primären Blödsinn, der in dieser Lebensperiode bald für sich, bald unter Mitwirkung anderer Verhältnisse entstehen kann. (S. senile Fatuität);

b) kann der primär erworbene Blödsinn ohne allen Einfluss der Altersverhältnisse und zu jeder Lebenszeit, in Folge von Excessen, Onanie, Trunksucht, Ueberanstrengungen, Elend oder auch ohne alle bekannte Ursache entstehen. Auch in solchen Fällen ist jedoch zuweilen eine ursprüngliche, auf irgend einem der genannten Momente beruhende Anlage zu bemerken, welche nur erst durch Eintreten weiterer ungünstiger Einflüsse zur Wirkung kommt.

Der erworbene primäre Blödsinn steht gleichsam in der Mitte zwischen angeborenem und erworbenem und zeigt die Unmöglichkeit, diese beiden Categorieen scharf zu trennen. Es ist in einzelnen Fällen weniger die Aufgabe, den Fall unter die Categorie des erworbenen oder angeborenen Blödsinns zu stellen, als vielmehr nach allen Seiten hin zu untersuchen, welche Momente vor der Geburt und welche im Laufe des Lebens an der Entstehung der Krankheit concurrirten. — Der primär erworbene Blödsinn entwikelt sich bald ziemlich rasch, bald in der Weise ganz allmäliger geistiger Verkümmerung. Er kann ein vorübergehender Zustand sein, vornehmlich wenn er unabhängig von Altersdispositionen und ohne hereditäre Anlage entsteht und wenn die ihn bedingenden Ursachen zeitig beseitigt werden können. In der Mehrzahl der Fälle ist er ohne Aussicht auf Lösung und macht entweder anhaltende Fortschritte oder wird stationär. Dieser bleibende Untergang der psychischen Functionen ohne vorangegangene Krankheit kommt am häufigsten während der Zeit der intellectuellen Entwiklung, oft schon im zweiten und dritten Lebensjahre, oft erst später, selbst noch zur Zeit der Pubertätsentwiklung vor, und es ist hiebei offenbar einige Aehnlichkeit mit den Fällen des angeborenen Idiotismus, der mit seinen Erscheinungen in manchen Fällen auch nicht unmittelbar nach der Geburt, wiewohl aber weit frühzeitiger zu beginnen pflegt. Diese Analogie wird noch dadurch erhöht, dass ein derartiges Versinken in Blödsinn in manchen Familien alle oder fast alle Kinder betrifft, indem dieselben bis zu einem Zeitpunkte sich vollkommen günstig entwikeln, auf einmal nachlassen und ohne sonstige nachweisbare Krankheit des Gehirns oder eines andern Theils ziemlich rasch in mehr oder weniger tiefe Grade der Geistesschwäche oder des Blödsinns verfallen und darin für ihr ganzes weiteres Leben verharren.

2) Oder der erworbene Blödsinn tritt consecutiv ein:

a) im Verlaufe und am Schlusse verschiedener anderer Gehirnkrankheiten. S. consecutiven Blödsinn der Gehirnkranken;

b) während des Verlaufs und als Nachkrankheit von extracephalen Erkrankungen, zumal solchen, welche eine tiefe Schwächung des Organismus herstellen.

So entsteht er namentlich durch Typhus, Blutungen, auch reichliche Exsudationen (z. B. Cholera, Dysenterie, peritoneale Exsudate) und Secretionen (z. B. Diabetes mellitus, Spermatorrhoe), andauernde sehr schmerzhafte Krankheiten, Krankheiten mit anhaltender Schlaflosigkeit, aber auch unter Umständen, bei welchen der Zusammenhang nicht klar ist, wie bei manchen Hautkrankheiten (Pellagra, Favus, Elephantiasis etc.).

Der durch extracephale Erkrankungen entstandene Blödsinn hat meist einen transitorischen Character und nur bei einzelnen besonders schweren und unheilbaren Krankheiten oder bei gänzlicher Vernachlässigung wird derselbe permanent.

III. Die Charactere der Geistesschwäche und des Blödsinns im Allgemeinen.

A. Die Art der Entwiklung des Blödsinns ist eine verschiedene, und nicht nur bei dem erworbenen, sondern auch bei dem sogenannten angeborenen Blödsinn kommen verschiedene Typen der Entwiklung vor, zwischen welche jedoch mannigfaltige Mittelformen sich einschieben.

1) Nur in den seltensten Fällen zeigen sich die Erscheinungen und Andeutungen des Blödsinns schon in den ersten Tagen oder doch Wochen des Lebens. Solches ist sehr selten bei dem eigentlichen cretinösen Blödsinn, am häufigsten bei Wasserköpfen und hirnarmen Kindern. Ihr Saugen geschieht mangelhaft oder gar nicht, kein Schreien, anhaltende Schlafsucht, zuweilen Convulsionen, gemeiniglich schlechte marastische Ernährung. Wenn das Kind nicht frühzeitig zu Grunde geht, so bleiben meist alle Spuren geistiger Thätigkeit aus.

2) In den meisten Fällen des angeborenen und zumal des cretinösen Blödsinns sind die Kinder bei der Geburt von andern nicht zu unterscheiden: sie sind wohlgebildet, wohlgenährt, nur zuweilen etwas grossköpfig; sie saugen gut, trinken viel, erbrechen oft, wenn sie reichlich getrunken haben, sind nur etwas still und schlafen viel, aber nicht in der Art, dass es schon krankhaft erscheinen könnte. Etwas später bemerkt man wohl, dass sie auffallend wenig oder gar nicht lächeln, dass sie häufig vor sich hinstarren, so dass man nicht weiss, ob sie sehen oder nicht, dass sie, obwohl sie hören, nicht achtsam sind, wie andere Kinder; auch haben sie nicht selten Convulsionen; sie fangen spät an, den Kopf frei zu halten und aufrecht zu sizen; alle ihre Bewegungen sind sparsam und häufig zeigen sie fortwährend oder doch mit Vorliebe die Lage mit gekreuzten und angezogenen Beinen (Fötalstellung); die Zähne entwikeln sich langsam und unregelmässig; die Fontanellen bleiben lange offen. Mehr und mehr wird es deutlich, dass sie, obgleich sie hören und sehen können, auf nichts die Aufmerksamkeit richten; sie lernen nicht zur Zeit oder gar nicht gehen, sie lernen keine Laute articuliren und nehmen keine Notiz davon, wenn man ihnen Worte vorspricht; sie zeigen keine Freundlichkeit, wohl aber fangen sie an, besonders wenn sie gereizt werden oder hungern, heftige Zornausbrüche zu bekommen; dabei nimmt ihr Schreien mehr und mehr einen widerlichen, grunsenden oder brüllenden Ton an; sie verziehen auf eine entstellende Weise das Gesicht, haben aber keine Thränen; immer deutlicher wird ihr gänzlicher Mangel an geistiger Thätigkeit.

3) In andern Fällen des angeborenen Blödsinns ist die körperliche Entwiklung nicht nur bei der Geburt untadelhaft, sondern auch in ihrem Fortgange vollkommener; nur die Zähne kommen schwierig und unregelmässig, die Kinder lernen zuweilen frühzeitig gehen, oder, wo das nicht geschieht, fangen sie doch bald an, mit grosser Behendigkeit auf allen Vieren zu kriechen; sie zeigen sogar eine gewisse Lebhaftigkeit und Munterkeit, eine grosse Erregbarkeit, die aber flüchtig, vorübergehend ist und immer wieder abgelenkt wird; man hält sie für geistig früh entwikelte Kinder und nimmt das Hin- und Herschweifen der Aufmerksamkeit für Lebhaftigkeit des Geistes. Aber das Unruhige in ihrem Wesen nimmt immer mehr zu, in jedem Augenblike wollen sie etwas Anderes, alle Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fixiren, verliert sich, die Kinder lernen nicht sprechen, kaum einige articulirte Töne hervorbringen, sie machen keine Fortschritte mehr und obwohl ihre Lebhaftigkeit immer mehr zunimmt, sie die wenigen undeutlichen Worte, die sie erlernt haben, ohne Unterlass vorbringen, mit grosser Gewandtheit auf dem Boden zu kriechen, wie in die Höhe zu klettern vermögen, bald lachen, bald schreien, selbst Zeichen von Muthwillen geben, verflacht sich ihre geistige Thätigkeit augenscheinlich immer mehr, ihr ganzes Treiben wird immer sinnloser und automatischer.

4) Die Entwiklung des Körpers und des Geistes nimmt mehrere Jahre hindurch ihren ziemlich regelmässigen Fortgang; doch bemerkt man oft, dass die Fontanellen sich lange nicht schliessen, die Zähne unordentlich kommen und einen schlechten Stand haben, das Gehen spät gelernt wird und unsicher bleibt, die Sprache undeutlich und unvollkommen ist, die Buchstaben vielfach verwechselt werden. Aber auf einmal, ohne alle bekannte Ursache oder nach einem, an sich vielleicht unbedeutenden Unwohlsein erscheint die weitere Entwiklung sistirt: das Gehen wird wieder

verlernt, die Sprache wird noch undeutlicher und auch andere Rükschritte in dem intellectuellen Verhalten werden bemerklich, und rascher oder langsamer versinkt das Individuum in mehr oder weniger tiefe Grade des Blödsinns. Diese Art der Entwiklung der Krankheit tritt vornehmlich bei dem zwischen dem dritten Jahre und der Pubertätsentwiklung auffälliger beginnenden Blödsinn ein.

5) Nach einer schweren acuten Gehirnkrankheit, nach heftigen Paroxysmen exaltirter Gehirnfunction, welche von tiefer Erschöpfung gefolgt ist, oder nach schweren andern Affectionen mit grosser Hinfälligkeit und mit mehr oder weniger hervortretender Mitbetheiligung des Gehirns treten die während der Krankheit suspendirten psychischen Thätigkeiten nicht oder nur unvollkommen ein und der Kranke verbleibt für eine Zeit oder für länger in dem blödsinnigen Zustande.

6) In der Verwirrung der Vorstellungen und Bestrebungen, wie sie bei der Vesanie sich ausbildet, fangen die Wahnideen und die krankhaften Bestrebungen an, bleicher und farbloser zu werden, die Eindrüke wirkungsloser zu bleiben, der Zusammenhang der psychischen Thätigkeiten, des Gedankengangs sich aufzulösen und es entwikelt sich so unmerklich der gewöhnlich in der Form der Apathie sich darstellende consecutive Blödsinn.

7) Eine allmälige Abstumpfung der Wahrnehmungen, eine Verminderung in der Dienstbarkeit der Functionen und in den Fähigkeiten (zumal im Gedächtniss, in der Aufmerksamkeit und in der Selbstbeherrschung), eine Erlangsamung und ein Stoken in dem Flusse der psychischen Thätigkeiten stellt sich in manchen Fällen des erworbenen primären Blödsinns der Erwachsenen, vornehmlich aber bei dem Altersblödsinn, jedoch auch bei dem nach Epilepsie, Hirnapoplexie und andern Gehirnkrankheiten eintretenden Blödsinn ein.

B. Es ist schwer oder geradezu unmöglich, mit Schärfe den Begriff der pathologischen Geistesschwäche und des Blödsinns zu bestimmen, indem diese Zustände sich einerseits in unmerklichen Uebergängen an die innerhalb der Breite der Gesundheit liegende Albernheit und Bornirtheit anschliessen, andererseits ebensowenig streng von den verwirrten Geisteszuständen getrennt werden können. Das Characteristische der krankhaften Geistesschwäche liegt in der Unzulänglichkeit und Stumpfheit der sämmtlichen oder doch einer der Hauptfunctionen des Gehirns ohne überwiegende Exaltation einer andern, ohne Niederdrükung durch schmerzhafte Gemüthsstimmung und ohne vorherrschende Wahnvorstellungen.

Die Unzulänglichkeit kann sich beziehen entweder auf die Fähigkeiten zu den Functionen oder auf die wirklichen Leistungen. In lezterem Falle, wenn troz vorhandener Fähigkeiten die Leistungen in krankhafter und andauernder Weise auf ein Minimum reducirt sind, entsteht eine seltenere und unreinere, mehr an die hypnoiden Zustände sich anschliessende Form des Blödsinns.

Die Fähigkeiten und Leistungen des Gehirns bei der Geistesschwäche können in Betreff ihrer Schärfe, oder ihrer Dienstbarkeit, oder ihrer Ausdauer, oder nach mehreren dieser Seiten hin bis zu einer krankhaften Unzulänglichkeit reducirt sein, durch welche verschiedene Formen abermals Differenzen in der Erscheinung eintreten, die im einzelnen Falle alles Interesse erregen, aber doch nicht von solcher Wichtigkeit sind, dass danach weitere Specificationen nöthig wären.

Am sichersten und auffallendsten äussert sich die Geistesschwäche in den rein psychischen Thätigkeiten: Vorstellen und Bestreben, deren Weite, Tiefe, Nachhaltigkeit, Fluss in den allermannigfaltigsten Graden geschwächt, verkürzt, lükenhaft und selbst auf gänzliche Leere reducirt sein kann.

Die Vorstellungen sind arm, beschränkt, undeutlich und zuweilen scheint eine Abwesenheit aller Vorstellungen vorhanden zu sein. Vorstellungen, die sich an das

unmittelbar Wahrgenommene anschliessen, kommen eher zustande, als ideelle, von welchen lezteren sich bei allen schwereren Graden des Blödsinns höchstens undeutliche Rudimente und auch bei den leichtesten Graden nur schwächliche Aeusserungen zeigen. Bei manchen Blödsinnigen und Geistesschwachen sind jedoch einzelne isolirte Vorstellungskreise sehr ausgebildet und zeigen auch eine lebhafte Activität; bei erworbenem Blödsinn wirken nicht selten verdunkelte und ganz latente Vorstellungen noch bestimmend auf das ganze Verhalten. — Die Bestrebungen sind beim completen Blödsinn fast nur reflectirte und automatische; von instinctivem Begehren wird ausser dem Selbsterhaltungstrieb zuweilen keine Andeutung bemerkt und das Vorhandensein eines bewussten Begehrens verräth sich durch keine Aeusserung. Bei gelinderen Graden des Blödsinns zeigen sich wohl etwas mannigfaltigere Instincte (Geselligkeitstrieb, Geschlechtstrieb, Trieb, sich zu puzen, zu spielen, Zerstörungstrieb) und auch da und dort ein schwaches Wollen; doch bleiben auch bei diesen reflectirte und automatische Bestrebungen im Uebergewicht. — Die Aneinanderreihung und Verbindung der psychischen Vorgänge erscheint bei den Blödsinnigen bald in so stereotyper Consequenz, dass sich fast wie bei einer Maschine der Fluss des Geschehens vorausbestimmen lässt. Im Gegensaz dazu finden sich bei manchen Fällen von incompletem und zumal erworbenem Blödsinn gerade sehr unmotivirte Sprünge und scheinbar zusammenhanglose Associationen der psychischen Thätigkeit, und es ist eben die beginnende Lükenhaftigkeit und Zerstreuung des Gedankenzugs zuweilen das erste Zeichen des sich vorbereitenden Blödsinns. — Die Erregbarkeit der psychischen Vorgänge ist im Allgemeinen bei Blödsinnigen wesentlich vermindert; diess schliesst nicht aus, dass nach einzelnen Richtungen hin selbst eine gesteigerte Erregbarkeit vorkommen kann: so namentlich eine grosse Empfindlichkeit und Reizbarkeit zum Zorn, eine Anknüpfung der Erinnerung an höchst leise Berührungen. — Gemüth scheint den complet Blödsinnigen gänzlich zu fehlen; bei unvollkommneren Graden sind wohl Gemüthserregungen möglich, aber nur ganz oberflächlich; und wenig nachhaltige Affecte sind bei Blödsinnigen nicht ausgeschlossen; aber sie sind nicht nur der vorübergehendsten, sondern auch der einförmigsten Art, um so mehr, je tiefer der Blödsinn ist. Complet Blödsinnige sind nur dem Zorne, der bei ihnen meist Tobsuchtform annimmt, und der Furcht zugänglich, und auch bei den minder Tiefstehenden sind diese beiden Affecte die überwiegenden und allein einer intensiveren Steigerung fähig, wobei sie jedoch ohne alle Nachhaltigkeit sind und von jedem neuen Eindruke rasch verscheucht werden. — Die Fähigkeiten und Anlagen des Geistes sind bei Blödsinnigen auf ein Minimum reducirt und viele mangeln ihnen ganz; das schliesst nicht aus, dass diese Individuen zuweilen nach isolirten Richtungen hin eine überraschende Befähigung zeigen: so namentlich in Beziehung auf das Gedächtniss, auf den Zahlensinn, auf musicalische und mechanische Anlagen, ja selbst eine gewisse Art von Wiz ist ihnen nicht selten eigen. Daher ist auch die Möglichkeit einer Fortbildung bei Blödsinnigen ungemein verschieden: sie kann, wenn isolirte Anlagen vorliegen, nach solchen Richtungen hin grosse und überraschende Resultate haben, selbst in dem Grade, dass Geistesschwache innerhalb der Grenzen einer isolirten Thätigkeitsweise (besonders in mechanischen Arbeiten, im Rechnen) eine Virtuosität erreichen, zu welcher normal gebildete Gehirne nicht leicht gelangen. Aber immer bleibt diese Ausbildung auf der Stufe einer im besten Falle geistigen Dressur und Abrichtung, die Spontaneität der Gedanken bleibt aus und Blödsinnige höheren Grades sind nicht einmal zu geistiger, sondern nur zu einer körperlichen und äusserlichen Dressur befähigt.

Aber auch die Wahrnehmungen leiden bei Blödsinnigen immer mehr oder weniger Noth.

Nicht nur sind häufig Sinnesparalyse und Sinnesschwäche mit der Geistesschwäche verbunden, und namentlich zeigt sich gewöhnlich eine Schwäche des Tastsinns, des Geruch- und Geschmaksinns, meist auch eine Stumpfheit des Gehörs, sondern auch bei unversehrten Sinnesorganen sind die Perceptionen lükenhaft, ungenau und erfolgen oft gar nicht. Der Geistesschwache und Blödsinnige nimmt von vielen, den meisten Gegenständen, selbst oft von allen, trozdem dass er sie sehen und hören kann, keine Notiz, er beachtet sie nicht.

Die Bewegungen zeigen bei allen Blödsinnigen eine mehr oder weniger bedeutende Abweichung.

Im Allgemeinen sind sie durchaus plump und unbehilflich; während in einzelnen Theilen Paralysen und Contracturen sehr oft den Blödsinn compliciren, ist auch

ohne Aufhebung und Verminderung der Bewegungsfähigkeit die Energie der Bewegung durchschnittlich vermindert, die Bewegungen sind daher unvollständig und schlaff; dagegen excediren sie bei besonderen Anlässen, bei stärkeren Anregungen über jedes entsprechende Maass; das schlaffe Gesicht bewegt sich nicht ruhig, sondern verzerrt sich, die für gewöhnlich nur langsame Bewegungen ausführenden Extremitäten zeigen bei solchen Anlässen eine unerwartete Muskelkraft, deren Aeusserung oft fast in Krampfform ausartet und in wirkliche Krämpfe übergehen kann. Hat der Blödsinn einige Zeit gedauert, so entstehen durch diese extremen Verhältnisse in der Muskelfunctionirung, ebensowohl durch die habituelle Schlaffheit, als durch die zeitweisen übermässigen Contractionen nach und nach eigenthümliche Formationen der Körpertheile, welche als äusserer Habitus den Blödsinn verrathen und um so characteristischer und auffallender sind, je weiter der Blödsinn vorgeschritten, in je früherer Altersperiode er entstanden ist und je länger er gedauert hat. Am auffallendsten tragen diesen Ausdruk die Gesichtszüge, welche vorherrschend den Typus der Ruhe, Schlaffheit und Leere, in manchen Fällen von Blödsinn zwar eine auf leichte Anregungen erfolgende nichtssagende Beweglichkeit, meistens aber einen ausdruklosen Ernst zeigen. Gewöhnlich, zumal bei frühzeitig entstandenem Blödsinn zeigen die Züge eine Mischung von kindlicher Unreifheit und von greisenhafter Verfallenheit; bei späterer Entstehung des Blödsinns ein verfrühtes Gealtertsein. Auf der Stirn pflegen sich stehende Querrunzeln auszubilden, der Blik ist starr oder flüchtig und nichts fixirend, der Mund steht gewöhnlich offen und die Zunge wird häufig zwischen den Zähnen gehalten; der Speichel enttr äufelt den Lippen und die Zähne nehmen, zumal bei früh eingetretenem Blödsinn, eine schiefe Stellung an, sind gewöhnlich dik mit Weinstein überzogen und meist von hässlicher Bildung. Wenn die Blödsinnigen freundlich oder erzürnt sind, so verzieht sich ihr Gesicht alsbald in zahllose Runzeln und nimmt ein grinsendes Aussehen an; fast niemals bemerkt man bei ihnen Thränen. Die Sprache fehlt den Blödsinnigen sehr häufig ganz; zumal bei angeborenem Blödsinn ist sehr häufig jede auch noch so einfache Articulation unmöglich und Solche sind nur im Stande, durch Brummen, Grunsen und Brüllen ihren Empfindungen Ausdruk zu geben. In gelinderen Fällen ist wenigstens die Sprache undeutlich, werden die Buchstaben häufig verwechselt. Die Muskel des Halses halten den Kopf nur unvollständig, daher dieser gewöhnlich schief getragen wird oder wakelt; der Thorax wird selbst bei später entstandenem Blödsinn gewöhnlich ungleich und pflegt meistens platt zu sein und wenig sich zu heben. Der Rüken krümmt sich, obgleich ausgebildete Scoliosen bei Blödsinnigen selten entstehen. Die Extremitäten sind von plumper Anlage, die Hände meist derb, unförmlich und runzlich, die ganze Haltung des Körpers schlaff, ohne Kraft und in sich gesunken. Die Körpergrösse ist in den meisten Fällen von angeborenem oder zeitig entstandenem Blödsinn unter dem Mittel, sehr oft sogar zwerchhaft.

Auch die Functionen, die Form, Lage und übrige Beschaffenheit der Eingeweide nehmen zuweilen bei länger dauerndem Blödsinn Eigenthümlichkeiten an.

Die Lungen sind bei den Blödsinnigen gewöhnlich gesund und Tuberkel sind verhältnissmässig selten bei ihnen. Der Magen zeichnet sich durch grosse Verdauungsfähigkeit aus und selbst grosse Ueberfüllungen und ganz unverdauliche Dinge bringen in den meisten Fällen nur ein vorübergehendes Erbrechen und keine weitere Störungen hervor. Die Defäcation ist, wenn nicht Paralyse den Blödsinn complicirt, ohne Störung, der Bauch meist gross und schlaff, die Urinsecretion zeigt keine constanten Anomalieen. Die Functionen der Genitalien sind in den meisten Fällen höchst beschränkt oder ganz aufgehoben; doch kommt bei weniger tiefem Blödsinn die Onanie, jedoch häufig nur als ein mechanisches Spiel ohne eigentliche Geschlechtsaufregung vor. — Die Gesammternährung des Körpers erhält sich in vielen Fällen längere Zeit hindurch ziemlich gut, doch sind meist Symptome von Anämie vorhanden und die Gewebe zeichnen sich sämmtlich durch eine mehr oder weniger grosse Schlaffheit, Welkheit oder Gedunsenheit aus. Zuweilen findet man, dass die Blödsinnigen auffallend abmagern, was gewöhnlich ein Zeichen des baldigen Untergangs ist. Die Haut ist bei den meisten Blödsinnigen im Allgemeinen von schmuzig-bleicher Farbe, spröde, troken und wenig zu Schweissen geneigt.

C. Der Blödsinn bietet in seiner Ercheinung und in seinen einzelnen Symptomen mannigfaltige Differenzen, die zum Theil individuell, nicht

weiter erklärlich sind und in der Beschreibung kaum berüksichtigt werden können, theils sich auf einzelne bestimmtere Verhältnisse und Ursachen zurükführen lassen:

1) der der Erkrankung vorangehende Geistesinhalt übt, auch wenn er grösstentheils oder gänzlich geschwunden ist, einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die Gestaltung des Blödsinns.

Nur beim angeborenen oder in der frühesten Kindheit entstandenen Blödsinn ist die Abwesenheit aller psychischen Vorgänge möglich. Hat einmal ein geistiges Leben bestanden, so gibt sich das auch in der tiefsten Versunkenheit immer noch durch einige, ja selbst durch zahlreiche Reminiscenzen kund, die bald in stiller Wirksamkeit das gewohnheitsmässige Treiben des Blödsinnigen modificiren, z. B. das Gefühl für Anstand, Reinlichkeit und Scham noch bei ihm erhalten, den Sinn für manche Beschäftigung und geistige Genüsse ihm bewahren, bald aber mehr in der Form lichter Intervallen, als oft überraschende Aeusserungen eines, wenn auch unterbrochenen Seelenlebens sich kundgeben. Gingen dem Blödsinn andere Formen psychischer Störung voran, so erhalten sich auch Andeutungen an diese: Wahnideen, gewisse Bestrebungen, Hallucinationen u. s. w.

2) Dem Grade nach stellt der Blödsinn und die Geistesschwäche sehr mannigfaltige Differenzen dar, welche aber abzugrenzen geradezu unmöglich ist, indem von den leichtesten Andeutungen einer noch in die physiologische Breite fallenden Bornirtheit und Albernheit bis zum vollendetsten Automatismus die Fälle eine nirgends unterbrochene Kette darstellen.

Im Allgemeinen werden die Individuen, bei welchen zwar die einzelnen psychischen Vorgänge möglich sind, aber unvollkommen, unbehülflich zustandekommen und namentlich die Spontaneität aufgehoben oder sehr beschränkt ist, Imbecille, — die Individuen, bei welchen die psychischen Thätigkeiten durchaus oberflächlich, gleichsam mechanisch und ohne die geistige Persönlichkeit in Anspruch zu nehmen, vor sich gehen, Idioten, — und endlich diejenigen, bei welchen die psychischen Processe des Vorstellens und Bestrebens ganz ausfallen oder die Vorstellungen doch nur auf das unmittelbar Wahrgenommene sich beziehen, die Bestrebungen auf den Selbsterhaltungstrieb reducirt sind, bei welchen alle Sprache, alles Verständniss, alle Fortbildungsfähigkeit fehlt und höchstens eine Dressur, wie bei einem wenig gelehrigen Thier möglich ist, Automaten genannt.

3) Die Verschiedenheit in Bezug auf die psychische Erregbarkeit gibt zwei Formen des Blödsinns:

den agilen Blödsinn, welcher leicht erfolgende, aber oberflächliche, nicht nachhaltige Erregungen zeigt, durch Verlegenheit, Aengstlichkeit, grinsende Freundlichkeit, durch Geschwäzigkeit, Neigung zu Spiel und Tändelei, durch zweklose Bewegungen und Muskelunruhe sich kundgibt,

und den apathischen Blödsinn, der sich durch die schwere Erregbarkeit, die Trägheit, Faulheit, das gedankenlose Hinstarren, im Winkel Sizen, durch vieles Schlafen kundgibt und bei allen höheren angeborenen Formen, sowie auch bei den weitgediehenen erworbenen stattzuhaben pflegt.

4) Die Verschiedenheiten in Beziehung auf die Gemüthsstimmung lassen unterscheiden:

die heitere Form des Blödsinns, oft mit Neigung zur Geselligkeit, und bei mässigen Graden der Geistesschwäche oft mit einem gewissen Wiz verbunden oder mit der Sucht, zum Gegenstande des Wizes Anderer sich herzugeben,

den finstern Blödsinn, mit der Neigung, sich zu isoliren, mit grillen-

haftem Eigensinn und mit Disposition zu heftigen Ausbrüchen von Zorn und Wuth.

In den höchsten Graden des Blödsinns, zumal im apathischen Blödsinn, fällt das, was man Gemüthsstimmung nennt, gänzlich weg.

5) Weitere Verschiedenheiten werden hervorgebracht durch Complicationen, namentlich mit Sinnesstörungen, besonders Taubheit, Blindheit, häufig mit Anästhesie des Tastsinns,

mit Delirien mannigfacher Art,

mit Anomalieen in der Bestrebungssphäre und namentlich mit dahin bezüglichen maniacalischen Ausbrüchen, auch wohl, wenngleich selten, mit excessivem Geschlechtstrieb,

mit motorischen Zufällen, vornehmlich Epilepsie, Muskelparalyse,

mit den Symptomen verschiedener nebenher bestehender oder intercurrenter anatomischer Veränderungen des Gehirns und seiner Hüllen,

mit mannigfachen localen extracephalen Störungen,

mit constitutionellen Anomalieen, zumal mit derjenigen, welche als Cretinismus bezeichnet wird.

D. In Betreff des Verlaufstypus zeigen die psychischen Anomalieen in der Form des Torpors:

entweder einen transitorischen Character, wobei durch vorübergehende Ursachen die psychischen Functionirungen unterdrükt, gehemmt, geschwächt sind und entweder in rascher Steigerung der Zufälle der Tod oder aber nach kurzer oder doch meist nicht zu langer Zeit die vollkommene Herstellung erfolgt;

oder einen progressiven Verlauf, bei welchem die Abschwächung des Geistes von den gelindesten Graden bis zu immer vollkommener werdendem Torpor fortschreitet, bis eine zufällige Erkrankung, eine Complication das Leben endet oder der Kranke durch zunehmende Folgen der Hirnkrankheit selbst zu Grunde geht;

oder der Blödsinn ist stationär, habituell, sei es, dass er schon bei der Geburt oder vor ihr begründet oder durch irgend eine Einwirkung und Veränderung im Gehirn im Laufe des Lebens hervorgebracht ist.

E. Der Ausgang des Blödsinns ist nur bei einer Form desselben, bei dem durch vorübergehende Ursachen entstandenen und ohne schwere anatomische Veränderungen verlaufenden vollkommene Genesung. Bei allen andern Formen ist nie eine Heilung, im besten Fall eine Ermässigung der Geistesschwäche, eine zeitweise Remission oder eine Compensation der mangelhaften Geistesthätigkeiten durch stärkere Entwiklung anderer Seiten des psychischen Lebens möglich und selbst das wird nur ausnahmsweise und meist nur bei grosser Sorgfalt erreicht.

Der Tod tritt entweder durch eine zufällige Krankheit (besonders Pneumonie, Apoplexie) oder Verlezung, oder unter Zunahme der mit Blödsinn combinirten Muskelparalyse, mit Eintritt von Gangränen auf der Haut und Ulcerationen im Darm, oder endlich ohne weitere Störungen unter zunehmender Stumpfheit und im Sopor ein.

Das tödtliche Ende ist bei marastischen Kindern mit angeborenem Blödsinn, bei dem Blödsinn, der von schweren zunehmenden Veränderungen im Gehirn abhängt,

beim Blödsinn mit rasch fortschreitender allgemeiner Paralyse frühzeitig zu erwarten. Bei allen andern Formen des Blödsinns dagegen liegt in der Krankheit selbst kein Beschleunigungsmoment für den Tod, kann sich der Zustand beliebig lange hinausziehen und meist sind solche Individuen im Allgemeinen wenig und selten körperlich krank. Wenn sie dessenungeachtet nur ausnahmsweise ein höheres Alter erreichen, so hängt diess wahrscheinlich mehr von der Vernachlässigung ab, die sie erleiden und nicht direct von dem krankhaften Zustande ihres Körpers.

In den Leichen der Blödsinnigen findet man sehr verschiedene Veränderungen. Es ist jedoch nicht ganz selten, bei solchen Individuen gar keine anatomische Störung zu finden, welche als Ursache der Geistesschwäche angesehen werden könnte; namentlich zeigt sich zuweilen ein mehr oder weniger normal gebildetes Gehirn oder doch wenigstens solche Anomalieen des Organs, welche auch ohne Blödsinn oft genug gefunden werden.

Als Veränderungen, welche zu dem Blödsinn eine directere Beziehung haben können, kann man ansehen: die abnorme Kleinheit des Gehirns und die unvollständige Ausbildung einzelner seiner Theile, besonders mangelhafte Gyri und mangelhaftes Marklager, ebenso die unvollständige Ausbildung der verschiedenen Protuberanzen des Gehirns, ferner eine beträchtliche Asymmetrie und Formverschiebung des Gehirns, eine unharmonische Ausbildung seiner einzelnen Theile; die Verengerungen durch das Schädelgewölbe und besonders auch die Verengerungen der den Gefässen zum Eintritt dienenden Foramina, auch die Ungleichheit der beiderseitigen Foramina, namentlich des Foramen jugulare; ferner die Verengerungen der Seitenventrikel, ihre Verwachsungen, Wassererguss in den Ventrikeln, Erweichung der Wandungen derselben, ausgebreitete Verwachsungen der Pia mit dem Gehirn, Oedeme des Gehirns, verbreitete Erweichungen oder Verhärtungen der Substanz, alte und neue Blutergüsse, Tumoren.

IV. Therapie.

Die therapeutischen Indicationen in Betreff des Blödsinns sind:

1) seine Entstehung nach Möglichkeit zu verhindern: durch Beseitigung aller zu derselben mitwirkenden nachtheiligen Einflüsse oder, sofern dieselben nicht sämmtlich beseitigbar sind, durch um so sorgfältigere Berücksichtigung derjenigen, welche eine Entfernung zulassen, ferner durch zeitige und angemessene Behandlung der den Blödsinn einleitenden Krankheitsprocesse.

2) Ein directes Heilverfahren ist nur möglich bei dem transitorischen Blödsinn. S. diesen.

3) In allen übrigen Formen des Blödsinns muss durch gelinde psychische Anregung gestrebt werden, die Geistesfunctionen in einem möglichst erträglichen Grade zu erhalten, sind die noch freieren Geistesgebiete ohne Ueberanstrengung zu cultiviren und ist wenigstens äusserliche Ordnung anzustreben. Daneben ist auf die hygieinische Leibespflege mit Sorgfalt zu achten und sind die Complicationen und intercurrenten Krankheiten nach ihrer Art zu behandeln. Eine medicamentöse Reizung des Gehirns (durch Phosphor, Moschus u. dergl.), obwohl vorgeschlagen, dürfte schwerlich oder doch nur ausnahmsweise einen erheblichen Einfluss haben.

1. Transitorische psychische Schwächung und Paralyse (transitorische Fatuität, transitorischer Blödsinn).

I. Unter transitorischer Fatuität, transitorischem Blödsinn ist diejenige Geistesschwäche zu verstehen, bei welcher der wesentlich sie bedingende

Process, die äusseren oder inneren Ursachen des psychischen Torpors den Character der Vergänglichkeit haben, nur temporär wirken und dabei nicht mit Nothwendigkeit solche Alterationen des psychischen Functionirens hervorrufen, welche als irreparabel angesehen werden müssen.

Es ist damit nicht gesagt, dass diese Form der Geistesschwäche sicher mit Genesung ende; sie kann vielmehr ebensowohl in stationäre und permanente Zustände, als in den Tod übergehen: sie thut das aber nur unter dem Einfluss weiterer ungünstiger Umstände, Einwirkungen und Verhältnisse oder bei hartnäkiger, aber gleichsam zufälliger Fortwirkung der ursprünglichen Ursachen.

II. Vorübergehend kommen mehr oder weniger hohe Grade von psychischer Abschwächung und Blödsinn sehr häufig vor:

im Verlaufe anderer, nicht im Gehirn localisirter schwerer Krankheiten und in der Reconvalescenz von solchen,

nach heftigen oder lange Zeit wiederholten Excessen, Onanie, Ueberanstrengungen, Sorgen und Kummer, Elend aller Art,

durch manche Gehirnkrankheiten, theils in Folge von heftigen Explosionen abnormer Functionirung, theils durch Blutüberfüllung, Exsudate und Extravasate im Gehirn;

nicht selten hat eine früher vorhandene und angeborene Geistesbeschränkung vorbereitenden Antheil an dem durch die obengenannten Umstände herbeigeführten transitorischen Blödsinn.

Alle Arten schwerer Krankheit können auf ihrer Höhe und während ihres Verlaufes einen stupiden Zustand bedingen, der jedoch besser neben den übrigen Erscheinungen dieser Krankheiten zu betrachten ist. Aber auch nach dem Ablauf solcher Krankheiten bleibt zuweilen kürzere oder längere Zeit in einer gewissermaassen selbständigen Weise ein transitorischer Blödsinn zurück, der beträchtlich genug sein kann, um die volle Beachtung zu verdienen. Am häufigsten beobachtet man diesen Zustand nach dem Typhus, indem die seiner Reconvalescenz gewissermaassen normal angehörige Schwächung der intellectuellen Fähigkeiten einen excessiven Grad erreicht, ohne dass jedoch gerade die schwersten Fälle von Typhus vorzugsweise und nothwendig diese Form der Nachkrankheit zeigen würden; auch sind es nicht gerade Fälle, bei welchen während des Verlaufs die Delirien oder die Kopfschmerzen oder irgend ein anderes, auf das Gehirn bezügliches Symptom in ungewöhnlicher Heftigkeit vorhanden war; vielmehr lässt sich gar nicht angeben, von welchen Umständen ein solches Verfallen der typhösen Reconvalescenten in transitorischen Blödsinn abhängt. Ziemlich häufig bemerkt man ein ähnliches Verhalten bei Individuen, welche sehr starke Blutungen (namentlich Magenblutungen) erlitten hatten; doch kann bei jeder Art von schwerer Krankheit der blödsinnige Zustand sich in der Reconvalescenz ausbilden.

In ziemlich ähnlicher Weise kann man ohne eigentlich vorangegangene Krankheit zuweilen einen transitorischen Blödsinn bei Individuen beobachten, welche eine Reihe von Tagen hindurch tumultuarische Excesse begingen, auch wenn dabei der Genuss geistiger Getränke nicht ungewöhnlich gesteigert war; dessgleichen verfallen Solche, welche Jahre lang in Liederlichkeit, Müssiggang, Emotionen und Excessen hingebracht hatten, zuweilen in eine Art von Blödsinn und Geistestorpor, der freilich unter diesen Umständen auch wohl den transitorischen Character verlieren und habituell werden kann. Ueberanstrengungen, Wochen lang im äussersten Uebermaass oder auch bei mässigeren Graden ohne genügende Erholung lange hindurch fortgesezt, haben eine ganz ähnliche Wirkung, und ebenso sieht man Leute, welche ihr Leben oder doch viele Jahre in tiefen Sorgen, in Kummer und im äussersten Elend hinbringen, in einen blödsinnigen oder dem Blödsinn nahen Zustand verfallen, der unter günstigeren Umständen sich wieder hebt. Vielleicht dürfen solchen Einflüssen die Fälle von transitorischem Blödsinn angeschlossen werden, die man bei manchen chronischen Erkrankungen (Prurigo, Pellagra, andere chronische Hautausschläge, Scorbut etc.) beobachtet.

Bei vielen Hirnkrankheiten bildet das Entstehen eines transitorischen Blödsinns nicht etwa bloss ein von der Gehirnaffection abhängiges Symptom, sondern eine von den bekannten Umständen des Falles nicht genügend erklärte und offenbar den

Werth einer Complication habende Miterkrankung. Es ist hiebei nicht immer vollkommen zu analysiren, wieweit man den blödsinnigen Zustand nur als nothwendige Folge der offen liegenden Vorgänge und Zustände des Gehirns ansehen darf oder wieweit er als eine gewissermaassen selbständige Complication betrachtet werden muss: namentlich geschieht es nicht selten, dass zwar gewisse Vorgänge und Zustände im Gehirn regelmässig mit einer vorübergehenden Abstumpfung der intellectuellen Fähigkeiten verbunden sind, dass aber im einzelnen Falle diese Abstumpfung weit höhere Grade erreicht und längere Zeit anhält, als die primäre Krankheit an sich erwarten lassen sollte. Besonders zeigt sich der transitorische Blödsinn nach heftigen Explosionen der Manie und zumal der Tobsucht, nach Krämpfen, vornehmlich wenn diese sich rasch wiederholen. Man sieht ferner bei Extravasaten im Gehirn nicht nur unmittelbar nach dem Ereigniss und in der nächstfolgenden Zeit, sondern bei der vorschreitenden Heilung der übrigen Symptome die intellectuellen Fähigkeiten zeitweise auffallend torpid werden; durch Exsudationen und schon durch Blutüberfüllungen der Hirnhäute kann dieselbe Wirkung hervorgebracht werden.

Der transitorische Blödsinn kann zwar bei Individuen aller Art eintreten, doch bemerkt man ihn überwiegend häufig bei solchen, deren geistige Anlagen ursprünglich etwas beschränkt waren und bei welchen die Entwiklung des Gehirns und die Ausbildung der Intelligenz unvollkommen geblieben war.

III. Die transitorische Form des psychischen Torpors kann die mannigfaltigsten Grade, von der leichtesten Abschwächung, welche kaum beachtet wird, bis zum vollendeten Blödsinn zeigen und daher ein sehr verschiedenes Bild darstellen.

Die Fähigkeit zu Wahrnehmungen ist gemeiniglich nicht erloschen, aber die Perceptionen geschehen langsam, unvollkommen, partiell, lükenhaft; zuweilen entsteht eine Complication mit Anästhesie eines oder mehrerer Sinnesorgane. — Die Vorstellungen sind nicht nothwendig verkehrt, aber sie sind beschränkt und es zeigt sich ein Haften an gewissen Vorstellungskreisen, eine Verminderung aller activen Relationen derselben: des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, des Combinations- und Schlussvermögens; nicht selten mischen sich aber auch einzelne Wahnideen ein, sie sind von beschränkter Natur und haben gleichfalls eine gewisse Hartnäkigkeit. Die Bestrebungen sind ohne Energie oder doch nur auf gewisse Richtungen beschränkt. Häufig sind Grillen und grillenhafter Eigensinn vorhanden. Zuweilen ist eine einzelne krankhafte Bestrebung fixirt, zuweilen ein häufiges Ueberspringen bemerklich. Tobsüchtige Anfälle sind nicht ganz selten, wenngleich meist nur von kurzer Dauer. Die Bewegungen sind matt, langsam und ohne Energie; häufig ist der Zustand mit einzelnen Paralysen complicirt; auch kurzdauernde Convulsionen stellen sich hin und wieder ein. Das Aussehen und Benehmen des Kranken ist mehr oder weniger das eines Blödsinnigen: der Blik ist leer, die Gesichtszüge sind schlaff, die Gesticulationen läppisch, die Theilnahme an Fremdem gering, ein gewisser Egoismus, der jedoch nur auf das leibliche Wohlsein gerichtet ist, wird meist bemerkt.

Die Dauer der transitorischen psychischen Paralyse ist höchst verschieden je nach den Ursachen, dem Grade, der Abstumpfung, den Umständen und verschiedenartigen Einflüssen, welche das Individuum treffen. So kann der transitorische Blödsinn bald wenige Tage, bald Wochen, bald Monate lang andauern.

Der Ausgang der Krankheit ist in den meisten Fällen vollkommene Herstellung mit rascher oder allmäliger Aufhellung der Intelligenz und der

übrigen Geistesfähigkeiten. Doch bleiben zuweilen vereinzelte Zeichen partieller psychischer Schwäche, vornehmlich des Gedächtnisses, Erlöschen oder Abstumpfung früherer Fähigkeiten zurük. Der Tod wird wohl niemals durch den Blödsinn selbst, sondern durch veranlassende oder complicirende Störungen herbeigeführt, wobei freilich unter dem fortdauernden Einfluss derselben der Blödsinn immer tiefer wird und in Sopor aufgeht.

IV. Die Behandlung des transitorischen Blödsinns hat sich nur in untergeordneter Weise direct auf das Gehirn zu beziehen. In vielen Fällen kann man ruhig abwarten, bis die geistigen Thätigkeiten von selbst sich wieder aufklären und herstellen. Wo es nöthig wird, einzuschreiten, hat man vornehmlich auf die causalen Verhältnisse und auf die Constitution die Behandlung zu richten, und in lezterer Beziehung dienen namentlich gute Nahrung, Tonica, frische, reine Luft, milde Bäder, mässige Bewegung am meisten dazu, Verhältnisse herzustellen, unter welchen das Gehirn sich erholt. Eine psychische Behandlung darf nur mit Vorsicht und nur als Nachhilfe eintreten. Bei Verzögerung der blödsinnigen Versunkenheit oder bei rascher Zunahme derselben dienen Reizmittel, welche zuerst mehr auf die Peripherie und in gelinden Applicationen (Senftaige, Vesicatore) versucht und später gesteigert (Brechweinsteinpflaster) und im Nothfall mit innerlichen Irritantien (Wein, Chinin, Moschus) verbunden werden.

2. Die senile Fatuität.

I. Greise verfallen leichter als andere Individuen ohne einleitende Processe oder durch höchst geringfügige Einleitungsprocesse in einen Zustand von fortschreitender psychischer Abschwächung, und zwar kommt diess besonders an den äussersten Lebensgrenzen, also beim höchsten Greisenalter, spontan und ohne sonstige mitwirkende Ursachen vor. Aber auch Individuen, welche in den siebziger und achtziger Jahren stehen und selbst noch in viel früherer Periode können in einen ähnlichen Zustand progressiver Abschwächung verfallen, wenn sie ungünstigen Umständen ausgesezt sind, besonders nach einem mit Genüssen oder mit Anstrengungen überhäuften oder aber auch geistesleeren und unthätigen Leben, bei Missgeschik und nach psychischen Emotionen, bei Missbrauch geistiger Getränke oder bei Entbehrung der dem Alter nöthigen kräftigeren Nahrung und besseren Pflege; endlich nach beliebigen extracephalen schwereren Erkrankungen oder auch in Folge verschiedener Gewebsveränderungen in dem Gehirne und seinen Häuten.

Die senile Fatuität ist zwar eine Erscheinung, welche bei Erreichung der höchsten Altersgrenze sehr häufig eintritt. Aber unter sonst günstigen Verhältnissen geht sie häufig nur wenige Tage oder Wochen dem Tode voran, und es ist ganz irrig, wenn man, wie von Einzelnen geschieht, den Blödsinn als eine Art regelmässigen Involutionsstadiums in vorgerükten Jahren ansieht. In der That bleibt die Geisteskräftigkeit bei vielen Individuen, namentlich solchen, bei denen sie überhaupt einen höheren Grad erreicht hatte, bis in ein sehr hohes Alter vollkommen erhalten, und wenn auch nach einzelnen Beziehungen, besonders in der Richtung der Receptivität, die Greise eine langsamere Functionirung und in Beziehung auf die Spontaneität eine geringere Lebhaftigkeit der Ideenassociationen zeigen, so mindert das in nichts die wirkliche Leistungsfähigkeit des Gehirns. Man ist wohl zu der Annahme eines

gewissermaassen regelmässigen Altersblödsinns durch missverstandene anatomische Thatsachen gekommen. Allerdings hat sich ergeben, dass die Durchschnittssumme des Gewichts der Gehirne nach dem 70sten Jahre etwa um $^{1}/_{10}$ Pfund weniger beträgt, als die Durchschnittssumme des Hirngewichts zwischen 60 und 70 Jahren und in diesem Alter wiederum um $^{1}/_{10}$ Pfund weniger, als die Durchschnittssumme zwischen 50 und 60 Jahren. Aber diese statistischen Resultate zeigen, selbst wenn Gewichtsverminderung als Beweis der Geistesverarmung angesehen werden wollte, nicht an, dass Blödsinn nach dem 70sten oder gar nach dem 60sten Jahre die Regel wäre, sondern sie würden nur zeigen, dass in diesen Altern Hirne mit geringerem Gewichte häufiger zur Beobachtung kommen, und es kann der Grund hievon ebensowohl in den dem Alter tödtlichen extracephalen Krankheiten liegen, als in wirklichen Gehirnkrankheiten. Selbst wenn die lezteren sich häufig in diesen Altern zeigen, so ist damit immer noch nicht der senile Blödsinn als ein nothwendiges Stadium des bis zu seiner normalen Grenze ausgedehnten Menschenlebens erwiesen, — eine Annahme, der überdem die tägliche Anschauung widersprechen würde. Noch mehr, wenn die Durchschnittsgewichtsabnahme in dem Alter nach 70 oder nach 60 Jahren ein Beweis eines regelmässig in diesem Alter eintretenden Blödsinns sein sollte, so wäre nach den Wägungen von Parchappe noch mit viel grösserer Entschiedenheit erwiesen, dass nach dem 40sten Lebensjahre regelmässig Blödsinn eintritt; denn die Durchschnittsgewichtsabnahme nach dem 40sten Jahre beträgt das Doppelte von der, welche er nach dem 60sten beobachtete, und im Gegensaz zu dem Gewichte des Gehirns zwischen 40 und 50 Jahren hat er eine Gewichtszunahme zwischen 50 und 60 nachgewiesen. Das Durchschnittsgewicht des Gehirns in dem Alter zwischen 40 und 50 steht am nächsten dem des höchsten Greisenalters und differirt davon nur um 2 Loth; ja selbst in dem Alter von 20—30 Jahren müsste man nach Sims einen regelmässigen Blödsinn annehmen, denn auch in dieser Periode findet eine Durchschnittsabnahme des Gewichts statt, welche beträchtlicher ist, als nach dem 70sten Jahre. Man sieht aus alledem, wie absurd es ist, aus diesen Thatsachen den Schluss eines regelmässigen senilen Blödsinns zu ziehen, und nur das steht fest, dass im Greisenalter mehr als in irgend einer andern Periode des Lebens Blödsinn oder ein an Blödsinn grenzender Zustand acquirirt werden kann ohne vorausgehende bedeutendere Erkrankung, ohne schwere Gewebsveränderung, wie ohne eine einleitende Exaltationsperiode. Einer der oben genannten Umstände ist jedoch meistens in Wirksamkeit, wenn sich bei alten Leuten die Fatuität entwikelt.

II. Die senile Fatuität beginnt entweder plözlich oder doch wenigstens in rascher Entwiklung nach bedeutenderen Gelegenheitsursachen, in der Reconvalescenz anderer Krankheiten u. s. f., oder in allmäliger und langsamer Ausbildung, in welch lezterem Falle an die ersten Spuren erschwerter und beengter Geistesthätigkeit (Schwierigkeit zu begreifen, hartnäkige Vorurtheile) ein der sonstigen Individualität fremdes, ärgerliches, empfindliches, misstrauisches, zänkisches und weinerliches Wesen sich anschliesst. Nicht selten sind damit zeitweise oder mehr anhaltend energielose Exaltationen vermischt, die sich besonders durch ungewöhnliche Geschwäzigkeit, durch Plänemachen, Heirathenwollen und eine grössere Hastigkeit in den Bewegungen zu erkennen geben. Auch treten zuweilen Wahnvorstellungen bei den Kranken ein, die meist auf das Misstrauen gegen ihre nächste Umgebung und Verwandtschaft sich gründen; auch förmliches Irrereden oder doch Schlafreden ist nicht ganz selten. Meist fangen frühzeitig die Bewegungen an zitternd zu werden und die Beine werden schwach. Hieraus bildet sich allmälig ein zunehmender Stumpfsinn aus, jedoch unter Fortdauer einer gewissen Empfindlichkeit, einer argwöhnischen, oft auch schadenfrohen Stimmung. Das Benehmen wird immer kindischer, die Bewegungen beschränkter und die Apathie immer tiefer. Doch kommen zuweilen, selbst im vorgerükten Zustand, noch lichtere Intervalle und die Erinnerung, die für die nächste Vergangenheit erloschen, ist zuweilen für frühere Erlebnisse noch wach, besonders wenn sie durch irgend einen Zu-

fall angeregt wird. Schliesslich tritt ein nur noch vegetirender Zustand ein: die Nahrung muss zugeführt werden, die Fäces sind meist zurükgehalten oder gehen unwillkürlich ab, die Urinsecretion stokt oder ist sparsam oder träufelt der Harn ohne Wissen des Kranken ab, die Schwäche der Glieder nähert sich der Paralyse und der Kranke verfällt in einen schlafenden oder somnolenten Zustand, der Tage und Wochen lang fortdauern kann und aus welchem er nur auf kurze Momente erwacht. So tritt oft, ohne dass man es bemerkt, das tödtliche Ende ein und in der Leiche finden sich bald gar keine erhebliche Störungen, bald aber auch sehr bedeutende (Pneumonieen, Darmverschwärungen etc.), ohne dass diese während des Lebens Symptome gegeben hätten.

III. In den meisten Fällen ist eine Herstellung der senilen Fatuität ausserhalb des Bereichs der Möglichkeit und man muss sich darauf beschränken, die Functionen so gut wie möglich zu erhalten, leichte Anregungen des Geistes anwenden, für gute Luft und kräftige Nahrung Sorge tragen, etwas stärkenden Wein erlauben, Ueberfüllung des Magens und Anhäufung der Fäcalmassen vermeiden und kann nebendem tonische Mittel, leicht reizende Bäder anwenden. Diese in den meisten Fällen nur den früheren Verfall hemmende Behandlung unterstüzt zugleich die Herstellung, falls eine solche noch möglich ist.

3. Terminaler Blödsinn.

I. Der Blödsinn kann sein

1) das lezte Stadium aller nicht heilenden und nicht durch intercurrente Krankheiten und Zufälle tödtlich werdenden Fälle progressiver psychischer Zerrüttung und folgt dabei ausnahmsweise schon unmittelbar auf Schwermuth (zumal complicirte) oder auf die maniacalischen Formen; am gewöhnlichsten auf den fixen Wahn und die allgemeine Verwirrung, welche leztere vornehmlich als erster Anfang des Blödsinns selbst betrachtet werden kann;

2) ein häufiger Ausgang langdauernder chronischer Störungen der sensitiven und vornehmlich der motorischen Cerebralfunctionen (Epilepsie, Chorea);

3) zuweilen Ausgang der Hysterie;

4) kurzdauerndes Terminalstadium vieler acuten, tödtlich endenden anatomischen Störungen im Gehirne, zumal wenn dieselben einen Druk auf das Gehirn ausüben oder die Rindensubstanz in irgend einer Weise beeinträchtigen: der Meningitis, Encephalitis, mancher Fälle von Apoplexie;

5) kürzer oder länger anhaltende lezte Periode zahlreicher chronischer anatomischer Störungen des Gehirns, sofern dieselben tödtlich enden: der Apoplexie, des Gehirnabscesses, der Tumoren und Parasiten, der Erweichung;

6) lezter und äusserster Effect chronischer Intoxicationen (Alcool, Blei etc.);

7) Theilerscheinung der lezten Periode des äussersten Marasmus und anderer mit dem höchsten Grade der Zerrüttung verbundener Constitutionsanomalieen.

II. Pathologie.

A. Der terminale Blödsinn entsteht nach chronischen Krankheiten meist in sehr allmäliger Ausbildung und gibt sich zuerst durch Abnahme einzelner Geistesfähigkeiten, zumal des Gedächtnisses, der Urtheilskraft, durch Zerstreutheit, Abschwächung der Phantasie, durch Abstumpfung der Wahrnehmungen und Abflachung der Vorstellungen, wohl auch durch Schwierigkeiten in der Articulation und im Reden, durch Verlust des Wortevorraths kund. Diese Paralyse der psychischen Functionen ist wenigstens anfangs progressiv und verbindet sich häufig mit Anästhesieen und motorischen Lähmungen (allgemeine Paralyse). Dabei erhalten sich jedoch mehr oder weniger lange Zeit hindurch deutlichere oder dunklere Reminiscenzen an früher, zumal in erster Jugend Erlebtes, Gekanntes und Erlerntes. Frühere Gewohnheiten, Sitten, Empfindungen, Stimmungen und Bestrebungen wirken noch fort (z. B. Schamgefühl, Zuneigung für einzelne Personen); aber auch Wahnideen und krankhafte Bestrebungen mischen sich noch dem Blödsinn bei. Auch kommen nicht selten noch kurze maniacalische Paroxysmen vor, nach deren jedesmaliger Beruhigung die Hirnfunctionen eine um so tiefere Schwächung zeigen. So gelangen die Individuen endlich auf die Stufe eines fast bis zum Aeussersten gekommenen apathischen Blödsinns, in welchem nur noch schwache Aeusserungen von Lust und Unlust, von dunklen, nebelhaften und zersezten Vorstellungen, von grillenhaften und automatischen Bestrebungen sich erhalten, selbst der Instinct der Selbsterhaltung erloschen scheint, von der Sprache nur noch ein Lallen und Murmeln, höchstens hin und wieder ein einzelnes Wort übrig geblieben ist. Die Bewegungen, wenn nicht motorische Paralyse zugleich vorhanden ist, sind zwar noch möglich, werden aber vermieden und nur einzelne gewohnheitsmässige, zweklose Muskelthätigkeiten (wie Reiben der Hände, Hin- und Herwiegen des Körpers, Hin- und Herlaufen) dauern noch fort. In dieser Weise kann der Zustand mehr oder weniger lange stationär sich erhalten oder auch durch hinzutretende andere Störungen rasch mit dem Tode enden.

Die Physiognomie trägt bei diesem langsam sich ausbildenden terminalen Blödsinn mehr oder weniger die Charactere der blödsinnigen Erschlaffung und Leerheit, und besonders das Auge zeigt den Untergang der psychischen Functionirungen an; doch unterscheiden sich die Züge bei dieser terminalen Form des Blödsinns gewöhnlich dadurch, dass, wenn auch nur leise Andeutungen des früheren Characters, des Alters und der dem Blödsinn vorangegangenen psychischen Stimmungen noch erhalten bleiben.

B. In acuter Weise entsteht der terminale Blödsinn in einzelnen Fällen im Anschluss an chronische Krankheiten, noch häufiger aber nach acuten. Die geistige Versunkenheit stellt sich in diesen Fällen mehr in der Form des Stupors oder in der Art des transitorischen Blödsinns dar und es lässt

sich gewöhnlich nur aus den Antecedentien und aus Nebenumständen beurtheilen, dass der eingetretene Zustand ein dem Tode vorangehender ist.

C. In plözlicher Ausbildung entsteht der terminale Blödsinn in manchen Fällen acuter und chronischer Gehirnkrankheit, vornehmlich dann, wenn zu einer vorangegangenen Krankheit eine schwere und verbreitete neue anatomische Störung hinzugetreten ist: intensive Hyperämie, Oedem des Gehirns, Erweichung der Corticalsubstanz, Extravasat, Wassererguss in die Ventrikel. Die Form dieses plözlich entstandenen Blödsinns ist mehr dem Coma ähnlich und unterscheidet sich von diesem nur dadurch, dass, auch wenn es gelingt, den Kranken zu erweken, eine gänzliche Leerheit an Vorstellungen, an Bestrebungen, Unfähigkeit zu articuliren bemerklich ist.

III. Der terminale Blödsinn lässt, da sein einziger Ausgang der Tod ist, keine eigentliche Therapie, nicht einmal eine Ermässigung zu. Nur in den Fällen, wo er sich allmälig ausbildet und längere Zeit fortdauert, tritt die Aufgabe ein, wenigstens für den Fortgang der körperlichen Functionen Sorge zu tragen, dem Kranken den Genuss der frischen Luft, eine angemessene Nahrung zu verschaffen, die Urinentleerung oder Defäcation zu unterstüzen und intercurrente Zufälle nach ihrer Art zu behandeln.

4. Der cretinöse Blödsinn (Cretinismus).

I. Unter Cretinismus kann man verstehen:

1) den angeborenen Blödsinn überhaupt, eine Begriffsbestimmung, welche, als zu weit, unzwekmässig erscheint;

2) den angeborenen endemischen Blödsinn;

3) die Combination des Blödsinns und der Geistesschwäche mit einer eigenthümlichen, mehr oder weniger ausgeprägten Körperconstruction.

Leztere beide Bestimmungen deken sich zwar nicht vollständig, fallen nur überwiegend häufig thatsächlich zusammen; sie sind aber beide nicht zu entbehren, wenn dadurch auch der Begriff einen Schein von Ungenauigkeit und Mangel an Abgrenzung erhält. Denn nicht nur ist in practischer Beziehung es unzulässig, den nicht mit cretinöser Körperconstitution behafteten Blödsinnigen von seinen alle Charactere der cretinösen Leibesbeschaffenheit tragenden Geschwistern, Stammesverwandten und Ortsgenossen abzuscheiden, andererseits den sporadisch vorkommenden die cretinöse Körperbildung Zeigenden desshalb zu isoliren, weil in seiner nächsten Umgebung keine ähnlichen Fälle gefunden werden können; sondern es ist auch theoretisch vorläufig nothwendig, an beiden Criterien festzuhalten, weil es unbekannt ist, welches von beiden das wesentlichere und ob nicht vielleicht sogar beide mehr zufällige Verhältnisse sind und die Einheit und Uebereinstimmung von noch verborgenen Ursachen abhängt.

Soviel ist gewiss, dass mitten unter einer cretinösen, kropfigen, mit der eigenthümlich entarteten Leibesbeschaffenheit behafteten Bevölkerung einzelne Individuen vorkommen, die denselben endemischen Einflüssen ausgesezt nach allen Beziehungen dieselbe Geistesverkrüpplung zeigen, während ihre Körperconstitution untadelhaft blieb (z. B. Maffei's neunter Fall), dass ferner an den Orten des endemischen Cretinismus auch geistig mehr und vollständig entwikelte Menschen Andeutungen, rudimentäre Charactere oder selbst ziemlich reichliche Zeichen der cretinösen Körperbildung (vornehmlich den Kropf, oft die Gedunsenheit, die Kleinheit des Wuchses etc.) darbieten, dass endlich unter den sporadisch vorkommenden Blödsinnigen immer Einzelne die Körperconstitution der vollendeten endemischen Cretinen aufweisen, ohne dass man für Eines oder das Andere dieser Verhaltensmodificationen den inneren Grund anzugeben vermöchte.

Hiezu kommt noch dass an Orten, wo der angeborne Blödsinn nicht in wirklich endemischer, wohl aber in cumulirter Weise sich findet, Schwachsinnige mit und ohne cretinöse Körperbildung ziemlich gleichmässig gemischt vorkommen können, und dass von der vollkommen normalen zur vollendet cretinösen Leibesconstitution unter Geistesschwachen wie unter Geisteskräftigen, an gesunden Orten wie in den Gegenden des einheimischen Cretinismus Uebergangsformen ohne alle Grenzen sich zeigen.

Somit bilden Endemie und Complication mit Körperentartung beim angeborenen Blödsinn distincte, aber in der Art in einander geschobene Verhältnisse, dass sie in der Mehrzahl ausgezeichneter Fälle sich gleichzeitig realisirt finden, dass aber nach der einen wie nach der andern Seite hin Fälle sich anschliessen, welchen das eine oder das andere Criterium abgeht, woran noch weiter diejenigen Fälle sich reihen, in welchen dieselben Criterien vorhanden sind, der Blödsinn aber erst nach Ablauf einiger Lebensjahre sich herzustellen anfängt (endemischer Cretinismus mit später Entwiklung des Blödsinns) und endlich diejenigen, wo die Schwachsinnigkeit nur in einer dürftigeren Ausbildung des Geistes besteht (Halbcretine) oder auch gar nur in Andeutungen vorhanden ist (Individuen mit rudimentärem Cretinismus, wie sie in der Heimath des endemischen Blödsinns alltäglich zu sein pflegen).

Alle diese verschiedene Verhältnisse müssen in der Darstellung umfasst werden.

Der cretinöse Blödsinn hat schon frühzeitig die Aufmerksamkeit einzelner Beobachter auf sich gezogen. Felix Plater (1500), Jos. Simler (1574), Wagner (1680), Haller (1771) bemerkten sein Vorkommen in der Schweiz. Aber ihre und Anderer Mittheilungen blieben vereinzelt und unbeachtet, bis Saussure (Voyages dans les alpes II.), welcher die Elevationsgrenze des Uebels bestimmte, den Cretinen die allgemeinere Theilnahme verschaffte. Um dieselbe Zeit erschienen Malacarne's Briefe an P. Frank 1780 (ausserdem su i gozzi e sulla stupidità che in alcuni paesi gli accompagna 1789) und schrieb Michaelis über die Cretinen im Salzburgischen (Blumenbach's medicin. Bibl. III. 640) und Ackermann (über die Kretinen, eine besondere Menschenabart in den Alpen 1790), welcher die Nüzlichkeit der Verpflanzung der Cretinenkinder auf das höhere Gebirge hervorhob. Die erste umfassendere Darstellung gab Fodéré (Essai sur le goître et le crétinage 1792 und Traité du goître et du crétinisme 1800). Von da an wurden die Verhältnisse der Cretinen besonders in der Schweiz, in Savoyen, dem Salzburgischen und in Süddeutschland von vielen Beobachtern untersucht. Vornehmlich sind hervorzuheben: die Arbeiten der Brüder Wenzel (über den Cretinismus 1802), Iphofen (der Kretinismus philosophisch und medicinisch untersucht 1817), Knolz (Oesterr. Jahrb. N. F. I. 86). — Nachdem eine Zeitlang der Eifer hiefür sich zu vermindern schien, wurde er von Neuem erregt, theils durch die verdienstlichen und aufopfernden Bemühungen Guggenbühl's und dessen interessanten Versuch einer Heilanstalt für Cretinen (1841), theils durch die Aufträge einiger Regierungen (der württembergischen und piemontesischen). Als Resultat solcher Aufträge entstanden die Untersuchungen über den Kretinismus in Württemberg von Rösch (1844), welchem sich die Arbeit von Maffei (der Kretinismus in den norischen Alpen) als Vervollständigung anschloss, ferner der eine Menge höchst werthvollen Details enthaltende Rapport de la commission créée par S. M. le Roi de Sardaigne pour étudier le crétinisme (1848). Von wichtigeren neueren Arbeiten sind noch zu nennen: Stahl (Neue Beiträge zur Physiognomie und pathol. Anatomie der Idiotia endemica 1848), die Rösch'sche Zeitschrift (Beobachtungen über den Cretinismus 1850), Ferrus (Mém. sur le goître et le crétinisme 1850), der Report on the Committee of the institution for idiot Children (Bath 1850), Niepce (Traité du goître et du crétinisme 1851), Guggenbühl (die Heilung und Verhütung des Cretinismus 1853), sowie mehrere Artikel in der psychiatrischen Zeitschrift, in den Annales médico-psychologiques und in einigen andern periodischen Organen.

II. Aetiologie.

Der Cretinismus findet sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle an gewisse Localitäten gebunden, zumal an hochgelegene Thäler; doch reicht er in den Alpen nicht über 3000 Fuss (über dem Meere) hinauf; in niederen Gebirgsgegenden findet er noch eine tiefere Grenze. Die Umstände, welche in diesen Gegenden auf die Entstehung des Cretinismus Einfluss zu haben scheinen, sind: Sonnenarmuth, Feuchtigkeit, schroffe Differenzen zwischen Sommer und Winter, gypshaltige und jodarme Wasser.

In diesen Gegenden, in welchen die Mehrzahl der Bevölkerung an Kröpfen und Viele an physischer Verkrüppelung zu leiden pflegen, werden vornehmlich die eingeborenen Familien, in geringerem Grade die hereingezogenen heimgesucht. — Ausserdem aber gibt es auch einzelne Landstreken, welche, soviel bekannt ist, keinen der angegebenen nachtheiligen Einflüsse bieten, wo jedoch der Cretinismus zwar nicht so zahlreich, aber doch häufig genug vertreten ist. — Endlich kommen sporadisch vertheilt in allen Ländern und Gegenden Cretinen vor, bei welchen zwar zuweilen eine Abstammung von den Bewohnern der Cretinenländer nachzuweisen ist oder Einflüsse sich vorfinden, welche einen angeborenen Blödsinn bedingen können, zuweilen der frühzeitige Genuss von Branntwein mitzuwirken scheint, wo oft genug aber auch keine Umstände vorliegen, die als Ursachen der körperlichen und geistigen Missbildung angesehen werden können.

Die grösste Zahl von Cretinen und die ausgezeichnetsten Beispiele von solchen finden sich in den hochgelegenen, sonnenarmen und feuchten Thälern der schweizerischen, savoyischen, steyerischen, norischen etc. Alpen, wo sie in einzelnen Orten ausserordentlich zahlreich sind, z. B. in der Provinz Aosta 2,79% der Bevölkerung und in der Gemeinde Issogne daselbst sogar 18,77% betragen. Auch in den Karpathen und Pyrenäen sind sie zahlreich und ebenso kommen sie in den asiatischen Gebirgen (Himalayathälern Thibet, China, Bengalen, in der Tartarei, am Ural), in den Cordilleren Amerikas, in einigen Gegenden Afrikas und auf mehreren Inseln vor: sie können also nicht als ein besonderer Volksstamm oder als die Degeneration eines solchen angesehen werden. Sie sind aber nicht nur in den grösseren Gebirgszügen, sondern auch in deren Ausläufern noch ziemlich zahlreich und z. B. in Württemberg kommen Cretinen nach Rösch in sehr beträchtlicher Anzahl, dabei bald mehr gehäuft, bald mehr vereinzelt vor. Derselbe Beobachter will bemerkt haben, dass in dem genannten Lande der Cretinismus nicht über 1300 Fuss (über dem Meere) sich erhebe, also eine weit frühere Elevationsgrenze habe, als in den Alpen. — Die wahren Ursachen dieser Missbildungen sind immer noch nicht aufgeklärt, und es ist nicht unmöglich, dass mehrere Einflüsse an dem Resultate betheiligt sind. Die Abstammung von Cretinen scheint jedenfalls von grossem Belang, wenn auch nicht entscheidend zu sein (von 4899 sardischen Cretinen waren jedoch bei 2494 die Väter, bei 2262 die Mütter weder kropfig, noch cretinös). Das Untereinanderheirathen von Individuen aus Cretinenfamilien scheint das Verderbniss der Generation entschieden zu steigern. Von jenen 4899 Cretinen stammten 3915 Väter und 3881 Mütter aus Cretinenorten. Das Vorkommen jedoch von Cretinen in eingewanderten Familien zeigt an, dass die örtlichen Einflüsse in der That nicht gering zu achten sind. In lezterer Beziehung hat man der Reihe nach die verschiedensten Verhältnisse als Ursachen des Cretinismus beschuldigt; allein fast alle diese Theorieen haben in einzelnen Fällen eine thatsächliche Widerlegung gefunden, indem z. B. im Cretinenlande auch in sonniger und trokener Wohnung, bei guter Nahrung, bei reinstem kalklosem Wasser, von gesunden Eltern Cretinen geboren werden. In neuester Zeit hat man auf die Abwesenheit des Jods in den Gewässern und daher in aller Nahrung ein Hauptgewicht gelegt, und es müssen in dieser Beziehung, da wirklich einige Thatsachen diese Annahme zu bestätigen scheinen, weitere Beobachtungen erwartet werden. Am ausführlichsten und genauesten hat diese Aetiologie Chatin (Sizung der Académie des sciences vom 12. Februar 1852) verfolgt, indem er nachzuweisen suchte, dass der Jodgehalt in der Luft, dem Wasser, dem Boden und den Bodenerzeugnissen sehr variire, und dass diese Verschiedenheit in einem genauen Verhältniss zur Häufigkeit des vorkommenden Cretinismus und Kropfes stehe. Er theilt die von ihm untersuchten Landstreken in sechs Zonen;

1) Paris: in der von einem Menschen in einem Tage geathmeten Luft (7000—8000 Litres) sollen mindestens $^1/_{200}$ Mgr., in 1 Litre Regenwasser $^1/_{150}$ Mgr., in 1 Litre Brunnenwasser $^1/_{300}$ Mgr., in 10 Gran Akererde $^1/_{200}$ Mgr. Jod enthalten sein. — Kropf und Cretinismus unbekannt;

2) Gegend von Soissons: Boden merklich weniger jodhaltig, Wasser härter und weniger jodhaltig — Kropf ziemlich selten, Cretinismus unbekannt;

3) Lyon: Jod in 8000 Litres Luft, in 1 Litre Regen- und Trinkwasser und in

10 Gr. Akererde zwischen $^1/_{500}$—$^1/_{1000}$ Mgr. — Kropf ziemlich selten, Cretinismus unbekannt;

4) Turin und Clairmont: im Trinkwasser weniger als $^1/_{1000}$ Mgr. Jod — Kropf nicht selten, Cretinismus fast unbekannt;

5) Alpenhöhen: Luft und Regenwasser nicht constant mit Jod versehen, Boden und Trinkwasser weniger als $^1/_{1000}$ Mgr. Jod — Kropf ziemlich häufig, Cretinismus selten;

6) Tiefthäler der Alpen: 10,000 Litres Luft, 1 Litre Regen-, Quell- oder Sturzwasser, 50 Grm. Bodenerde geben bald nicht die geringste Spur Jod, bald kaum $^1/_{4000}$ Mgr. — Kropf und Cretinismus häufig.

Hienach ist der ersten, d. h. Normalzone, Kropf und Cretinismus fremd, in der Zwischenzone der Jodgehalt wandelbar, Kropf häufiger, Cretinismus noch selten, in der Cretinenzone endlich, wo Kropf und Cretinismus endemisch sind, fehlt das Jod ganz oder ist nur in minimalen und periodischen Mengen vorhanden. Es steht dahin, wieweit diese in der That ein bedeutendes Interesse erregenden Thatsachen sich durch weitere Untersuchungen bestätigen oder modificiren.

Die sardische Commission behauptet, dass die inficirten Thäler der Seealpen, der cottischen, griechischen und penninischen Alpen grosse Aehnlichkeit unter einander zeigen, dass die tiefsten, engsten, feuchtesten, luft- und lichtärmsten Thäler die meisten Cretinen zählen, dass diese vornehmlich in vereinzelt stehenden, abgelegenen, schlecht gebauten Wohnungen, in solchen, welche von Bäumen und Sümpfen umgeben sind und in Dörfern und Städten abermals mehr in abgelegenen, verkehrsarmen Strassen sich finden. Sie fand übrigens, dass während 1361 Cretinen aus armen Familien stammen, 1728 in mittleren und 866 in wohlhabenden Familien vorkamen, dass also diese Seite der äusseren Verhältnisse von keinem auffallenden Einfluss ist.

Ueberall hat man das Eindringen des Fremdenverkehrs als vortheilhaft angesehen und will in Folge dessen eine Verminderung des Cretinismus nach Intensität und Extensität bemerkt haben.

Virchow vermuthet ein eigenes Miasma als Ursache des Cretinismus, zu welcher Hypothese jedoch die Thatsachen nicht zu drängen scheinen.

III. Pathologie.

A. Entwiklung des Cretinismus.

1) Die cretinöse Beschaffenheit gibt sich selten schon bei der Geburt zu erkennen und nur durch unsichere und zweifelhafte Zeichen: voluminöser und oft unregelmässiger Kopf, weite Fontanellen, stupides, etwas livides oder gelbliches Gesicht, kurze Stirn, dike Auglider ohne Cilien, eingedrükte Nase, sehr grosser Mund, grosse und dike, über die Lippen vorstehende Zunge, diker und kurzer, häufig mit einem Kropf versehener Hals, abgeplatteter, schlecht entwikelter Thorax, diker Bauch, dünne Glieder, grobe Hände, kleines Körpergewicht, Mangel an Rundung der Formen, scharfe und zitternde Stimme, stilles Benehmen, Ungeschiklichkeit beim Saugen, langdauerndes Saugen, häufiges Erbrechen, unordentliche Ausleerungen; etwas später zeigt sich Gleichgiltigkeit gegen Licht und Geräusch, kein Zeichen der Bevorzugung der Mutter oder irgend einer andern Person, kein Lächeln, kein Zug des Wohlbehagens, der Freude und Lust, der Begierde und ebensowenig der Unlust und des Missbehagens, zuweilen Convulsionen.

In den meisten Fällen pflegt sich jedoch der Cretinismus erst zur Zeit der Zahnentwiklung an dem Ausbleiben jeder Empfänglichkeit des Geistes, dem leeren, nichts fixirenden Blik, der Gleichmässigkeit und Unbeweglichkeit der Physiognomie, der zögernden und langsam und mühsam sich vollendenden Zahnbildung, dem Mangel an Fortschritt in der Körperentwiklung, der Schwäche aller Bewegungen bei grosser Fettheit und scheinbarem Wohlbefinden und mehr und mehr gelblich werdender Haut zu er-

kennen zu geben; oder noch später an der Unfähigkeit, zu articuliren und sizen, stehen und gehen zu lernen. Es scheint, dass die angefangene Entwiklung zuweilen wieder sistirt und rükgängig werden könne. Es kommt nicht selten vor, dass erst nach dem zweiten Lebensjahre die Anfänge der cretinösen Beschaffenheit hervortreten: sie können selbst bis zum Anfang der Pubertätsentwiklung zögern, zuweilen sogar in noch vorgerükterem Alter sich erst entwikeln.

Unter 4888 sardischen Cretinen begann der Cretinismus von der Geburt bis zum Ende des zweiten Jahrs 4440mal sich zuerst kund zu geben, zwischen 3 und 5 Jahren 187mal, zwischen 6 und 12 Jahren 202mal, zwischen 13 und 20 Jahren 31mal und nach dem 20sten Jahr 28mal. — Unter 3201 kropfigen Cretinen war der Kropf 2333mal vor dem Ende des zweiten Jahrs schon vorhanden, entstand 199mal vom 3—5ten Jahr, 449mal vom 6—12ten Jahr, 157mal vom 13—20sten Jahr, 63mal nach dem 20sten.

In den Fällen, in welchen der cretinöse Blödsinn sich erst spät, nach dem 4ten oder gar 7ten Jahre entwikelt, scheinen die endemischen Einflüsse die Ausbildung der Krankheit zwar noch begünstigen, aber nicht mehr für sich allein bedingen zu können. Vielmehr tragen in solchen Fällen theils grobe Fehler in der Erziehung, äusserste Vernachlässigung und Verwilderung, fortwährender Umgang mit Cretinen, harte Behandlung, theils eingetretene andere Krankheiten (Gehirnaffectionen, Epilepsie, Hautausschläge etc.) die Hauptschuld, dass die Weiterentwiklung des Körpers und Geistes stokt und auf die Stufe des Cretinismus zurüksinkt. Unter ähnlichen Umständen kann bei schon begonnener, aber unvollständiger Entartung eine spätere Completirung des Blödsinns mit gleichzeitiger Herstellung der körperlichen Attribute des Cretinismus zustandekommen. — Die Pubertätsentwiklung überwindet zuweilen die ersten Anfänge des Cretinismus oder bessert die Constitution doch etwas; in andern Fällen tritt in diesem Alter das tiefe Versinken gerade am meisten hervor.

B. Die leibliche Beschaffenheit, der Körperbau weicht nach Ausbildung des Cretinismus zwar in einzelnen Fällen nicht von dem normaler Menschen ab, stellt sich aber in der unendlich überwiegenden Mehrzahl aller entschieden Cretinösen durch eigenthümliche Charactere dar, deren wichtigste folgende sind:

1) der ganze Wuchs ist klein, bald mehr, bald weniger unförmlich, und zwar in der Weise, dass im Verhältniss zu dem meist sehr colossalen Kopfe der Truncus und die Arme, und im Verhältniss zum Truncus und zu den Armen die Beine dürftig entwikelt sind. Das Wachsthum des Körpers ist im Allgemeinen verspätet.

2) Das Knochensystem zeigt eine langsame oder doch ungeordnete Ossification, aber bei ihrem endlichen Eintritt einen an einzelnen Stellen oft bis ins Enorme gehenden Excess.

Die Fontanellen schliessen sich spät, zuweilen sollen die Näthe (zumal die Pfeilnath) zu früh verknöchern. Der ausgewachsene Schädel zeichnet sich durch seine ungewöhnliche Dike und Grösse aus, hat dabei nicht nur äusserlich ein immenses Volum, sondern die Schädelknochen haben auch einen aufs Fünf- bis Sechsfache erhöhten Durchmesser, während die Diploë fast ganz durch compacte Substanz ersezt ist. Die Kopfform ist dabei bald kuglich, bald platt, bald spiz, bald ekig, bald verschoben und im Allgemeinen sind die beim gesunden und intelligenten Individuum am meisten markirten Winkel und Kanten und die am stärksten entwikelten Flächen und Vorsprünge beim Cretinen auffallend gering, andere dagegen unverhältnissmässig ausgebildet. Das Foramen magnum ist oft verengt oder verschoben. Auch die Gesichtsknochen sind von einer colossalen Ausbildung und das Antliz dadurch ungewöhnlich breit und lang. Die Zähne kommen zwar spät und sind unförmig, schlecht gestellt, aber gross, werden bald schwarz und fallen aus. Die Knochen des Rumpfes und der Extremitäten zeigen nur theilweise und in geringerem Grade Hyperostose der Kopfknochen. Die Wirbelsäule ist meist leicht verkrümmt, ohne dass aber höhere Grade von Scoliose oder Kyphose vorzukommen pflegen; der

Thorax ist gemeiniglich eng, schmal und schlecht entwikelt, das Beken stets missbildet. Die Extremitätenknochen sind mehr oder weniger unförmig und sehr häufig, vornehmlich die der Füsse, verkrüppelt.

3) Das ganze Drüsensystem oder doch ein grosser Theil der Drüsen befindet sich im Zustande der Hypertrophie, sehr häufig verbunden mit derben, zum Theil knöchernen Einlagerungen.

Am enormsten und in der Mehrzahl der Fälle mit Verknöcherungen verbunden ist die Vergrösserung der Thyreoidea; auch die Thymus und die Milz zeigen gewöhnlich ein abnormes Volumen. Ebenso ist die Leber häufig vergrössert. Auch die Speicheldrüsen haben oft eine stärkere Entwiklung. Bei sehr vielen weiblichen und bei manchen männlichen Cretinen sind die Mammae ganz ausserordentlich entwikelt und sie hängen bei einzelnen weiblichen Cretinen bis auf den Bauch herab; doch sind bei andern diese Organe nur rudimentär vorhanden. Die Hoden sind meist klein, dürftig entwikelt. Dagegen zeigen die Lymphdrüsen bei vielen Cretinen indolente Anschwellungen.

4) Die Musculatur ist bei den Meisten dürftig, schlecht entwikelt, welk, doch bei Einzelnen auch von vorzüglicher Ausbildung.

Am geringsten entwikelt pflegt die Musculatur der unteren Extremitäten zu sein, die Unterschenkel sind wadenlos und die Oberschenkel dünn. Bei Vielen befinden sich einzelne Muskeln in dem fortwährenden Zustande der Contractur und atrophiren vollständig. Von allen Muskeln zeigt nur die Zunge sehr häufig eine Hypertrophie und kann in diesem Falle nicht in den Mund zurükgezogen werden.

5) Die allgemeinen Bedekungen zeigen den Character der Schlaffheit und plumpen Ernährung und lassen fast an jeder einzelnen Stelle, am meisten aber im Gesicht und an den Händen die cretinöse Constitution erkennen.

Das subcutane Zellgewebe ist von der äussersten Schlaffheit, so dass die Haut in der ergiebigsten Weise verschiebbar ist und zuweilen wie ein lokeres Gewand am Körper herunterhängt. Nur bei jüngeren Cretinen ist Fettreichthum gewöhnlich, bei erwachsenen ziemlich selten oder doch nur local angehäuft. Die Haut selbst ist ohne alle lebhafte Farbe, grau, gelbbräunlich oder ins Schmuziggrünliche stechend; kein Roth auf den Wangen. Die Haut zeigt zahlreiche runzelartige Falten, vornehmlich auf der Stirn, auch im übrigen Gesicht und an den Händen, und Gesicht und Hände bekommen dadurch schon in der Jugend ein greisenhaftes, verwittertes Aussehen. Die Epidermis stagnirt auf der Haut, ist rauh und dik und besonders die Hände sind mit einer harten, schwielenartigen Epidermis bedekt. — Die Nase ist platt, breit, aufgestülpt, hat zwar weite Löcher, aber einen geringen Umfang der Höhlen, ist meist in den hinteren Partieen so eng, dass die Luft nicht oder kaum passiren kann. — Die Lippen, zumal die Unterlippen sind häufig hypertrophisch und hängen schlaff herab. Die Ohren sind plump, gross, unförmlich. Die Haare sind sparsam, die Kopfhaare roh, grob, kurz und bedeken den Schädel unvollständig, die Augbraunen fehlen fast ganz, die Cilien sind klein und sparsam, die Haare an den Genitalien und unter den Armen sind meist nur in geringen Andeutungen vorhanden.

6) Der Bauch ist meist gross, zuweilen von enormer Ausdehnung und vornehmlich durch Luft ausgedehnt.

7) Die Geschlechtstheile bei männlichen Cretinen sind zuweilen colossal; dieses Aussehen rührt aber nur von der Schlaffheit und dem Herabhängen des Scrotums, das zuweilen fast bis zu den Knieen reicht, und von einer mit Schlaffheit verbundenen Grösse des Penis her, der dabei keiner Erection fähig ist. Doch findet man auch bei vielen erwachsenen Cretinen einen kindlichen und rudimentären Penis. — Bei weiblichen Cretinen zeigen die äusseren Geschlechtstheile zuweilen nichts Abnormes, oft eine hypertrophische Entwiklung der Schamlippen.

8) Das Gehirn ist selten vollkommen normal: es zeigt sich bald in seinem ganzen Umfange verkleinert, bald in einzelnen grösseren Partieen, zumal den Vordertheilen des Grosshirns·unentwikelt, die Gyri sparsamer, die Vertiefungen seichter oder zu tief; meist sind die Hemisphären in hohem Grade asymmetrisch; fast in allen Fällen besteht eine Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit oder selbst ein vollkommener Hydrocephalus. Die Ventrikel sind häufig abnorm, bald zu weit, bald zu eng, bald wenigstens ungleichförmig; auch hat man einen überzähligen fünften Ventrikel im Cerebellum gefunden. Das Hirnmark zeigt dabei oft eine anomale Weichheit oder Härte und die Corticalsubstanz ist auf Kosten der medullären vorherrschend.

9) Das Blut zeigt keine eigenthümlichen Abweichungen; doch wurde sein Faserstoff und Cruorgehalt im Allgemeinen gering gefunden.

10) In Betreff des allgemeinen Habitus des Körpers ist fast constant der Mangel an Proportion der Theile, die Schlaffheit und Welkheit, der Mangel an Turgor aller weichen Gewebe, sofern diese nicht der Siz localer Verhärtungen sind, das Alte und Greisenhafte des ganzen Ausdruks mit einer eigenthümlichen Beimischung kindlicher Züge, selbst bei vorgeschrittenem Alter.

Diese Entartung des Körpers ist in leichteren Graden am meisten dem scrophulösen Habitus ähnlich, stellt schon in ihren mässigsten Andeutungen eine abschrekende Hässlichkeit, in ihren Extremen aber eine scheussliche und ekelhafte Missstaltung dar.

C. Die Functionen bei den Cretinen zeigen noch viel auffallendere Abweichungen vom Normalen, als der Körperbau, wobei aber gleichfalls sehr mannigfaltige Differenzen in Beziehung auf den Grad und die Combination der Anomalieen vorkommen.

1) Die Sinnesorgane sind im Allgemeinen stumpf.

Wenn auch nicht eine Unfähigkeit zum Percipiren besteht, so beachtet doch der Cretin sinnliche Eindrüke nur im höchsten Grade mangelhaft. Am ehesten scheint noch der Gesichtsinn einige Schärfe zu haben, doch braucht es auch bei diesem stärkerer Eindrüke oder einer gewissen Ausbildung, um ihn in Thätigkeit zu sezen. Das Gehör ist bei vollen Cretinen fast immer stumpf und nur in mässigen Fällen zeigt es einen gewissen Grad von Perceptionsfähigkeit, die jedoch selten den des gesunden Individuums erreicht. Geruch- und Geschmaksinn fehlen bei vollen Cretinen häufig ganz, während in unvollständigen Fällen eine Unterscheidung der Gerüche und Geschmäke wohl stattfindet, und zwar häufig mit Vorliebe für Gestank und für widerlich schmekende Dinge. In Betreff des Geschmaks haben auch die unvollständigen Cretinen mehr den der Kinder: sie ziehen milde, geschmaklose oder süsse Dinge vor und verabscheuen alle scharfen und kräftig schmekenden Substanzen. Der Tastsinn scheint bei Vollcretinen ganz zu fehlen; auch bei Individuen, bei welchen der Cretinismus nur in Andeutungen vorhanden ist, sind die Tastempfindungen schwach und ungenau; für Kälte und Wärme fehlt die Empfindung ganz oder ist höchst beschränkt, ja selbst für Schmerz scheint nur eine dunkle Perceptionsfähigkeit zu bestehen, und wenn auch manche Cretinen bei kleinen Verlezungen wimmern und jammern, so sieht man sie dagegen oft bei viel schwereren ganz gleichgiltig verbleiben: es scheint nicht Schmerz zu sein, was sie von jenen empfinden, sondern nur eine unklare Angst.

2) Die psychischen Functionen sind bei allen Vollcretinen auf ein Minimum reducirt und erreichen kaum den Umfang und die Intensität, welche sie bei einem gesunden, einige Monate alten Kinde zeigen.

Auch der Halbcretin zeigt niemals eine solche Entwiklung der psychischen Functionen, wenigstens nach deren sämmtlichen Richtungen, als der dümmste gesunde Mensch, während bei jenem allerdings nach einzelnen beschränkten Beziehungen

eine ungewöhnliche Begabung vorkommt. — Vorstellungen gehen dem Vollcretinen ganz ab oder beschränken sie sich doch nur auf das unmittelbar und wiederholt Wahrgenommene; niemals scheinen sie sich selbst bei dem Halbcretinen zu transscendentalen und ideellen zu erheben, und wenn dieser von ideellen Begriffen (sittlichen Vorstellungen u. dergl.) spricht, so ist diess nur ein Wiedergeben des Angelernten. — Von Bestrebungen kommen beim Vollcretinen nur sparsame automatische und fast kein anderer Trieb, als der der Selbsterhaltung vor, ja sogar dieser ist oft auf ein Minimum reducirt und Manche würden verhungern, wenn man sie nicht fütterte. Der Halbcretine hat zwar Triebe und einen oft sogar eigensinnigen Willen, aber seine Bestrebungen bewegen sich in höchst beschränkten Kreisen. — Fähigkeiten irgend einer Art können dem Vollcretin nicht zuerkannt werden und höchstens das sehr häufig Wahrgenommene vermag er wieder zu erkennen, das häufig Wiederholte wieder von selbst auszuführen. Bei dem Halbcretinen dagegen sind zuweilen die Fähigkeiten in beschränkten Richtungen sehr entwikelt, z. B. das Gedächtniss, zwar ganz mechanisch, aber oft in erstaunenswerthem Grade getreu, die Fähigkeit zu Handgriffen, selbst zuweilen zur Musik nicht unbedeutend, und es liegt darin die Möglichkeit einer weiteren Fortbildung; aber immer fehlt jede Art von Spontaneität und selbst wo der Halbcretin einen Schein von Phantasie zeigt (Geschik zum Dichten, eine gewisse Art von Wiz), sind es immer nur Reminiscenzen, die er vorbringt und mit einem gewissen mechanischen Tact an einander reiht. — Der Vollcretin ist fast durchaus apathisch, für keine Neigung, keine Freude zugänglich, die einzigen Regungen von Affect sind bei ihm Furcht und Zorn, welche jedoch niemals im Verhältniss zu den Veranlassungen stehen. Der Halbcretin ist bald gleichfalls mürrisch und indifferent oder wird durch jede, noch so unschuldige Veranlassung geärgert, oder er ist zu einer blöden Freundlichkeit disponirt, was jedoch nicht ausschliesst, dass er mit der grössten Leichtigkeit in Wuth geräth; Gemüthsbewegungen sind ihm fremd, er verfällt nur in Affect und in haltlose Aufregung.

3) Die Stimme der Cretinen ist rauh, misstönend, sehr häufig hoch und heiser. Zur articulirten Sprache gelangen die Vollcretinen niemals, sie vermögen nur zu wimmern, zu grinsen, zu heulen und zu brüllen. Auch bei dem Halbcretinen ist die Articulation der Laute mehr oder weniger unbehilflich und unvollkommen, Vertauschung der Buchstaben, Stoken im Worte, Stottern, undeutliches Reden ist bei ihnen ganz gewöhnlich. — Gesticulationen sind beim Vollcretinen selten und statt ihrer brechen alsbald Verzerrungen aus, wenn er in Affect geräth. Wenn tiefstehende und sprachlose Halbcretinen sich durch Gesticulationen verständlich machen können, so sind diess meist an sich sinnlose, die daher nur von dem verstanden werden, der an den Umgang des Individuums gewöhnt ist. Besser entwikelte Halbcretinen begleiten sehr häufig alle ihre Empfindungen und Gedanken, wie ihre Worte mit lebhaften Gesticulationen und zeigen Haltungslosigkeit und Mangel an Selbstbeherrschung in ihnen; zugleich sind ihre Gesticulationen plump und ohne Proportion.

4) Die übrigen willkürlichen Bewegungen des Cretinen sind für gewöhnlich immer schwach, obwohl viele derselben und sogar der am tiefsten stehenden im Zustande der Aufregung und manche, die zur Arbeit dressirt sind, bei dieser eine ungewöhnliche Muskelkraft kundgeben. Im Allgemeinen, aber mit vielen Ausnahmen, steht die Entwiklung des Muskelsystems mit dem Grade der Intelligenz in einiger Proportion. Immer sind die Arme kräftiger, als die Beine und viele Cretinen vermögen zwar nicht zu gehen, wohl aber mit den Armen zu kriechen; während auch der Halbcretin immer nur einen unsichern, schwankenden Gang hat und leicht zum Fallen kommt, sind dagegen manche Vollcretinen zu gar keiner Bewegung fähig und vermögen kaum den Kopf zu tragen. Sehr häufig sind die Cretinen von Zeit zu Zeit von Convulsionen befallen. Viele Cretinen vermögen

nicht zu essen und auch die besseren bringen es höchstens zum Gebrauch des Löffels; auch bei Halbcretinen zeigt sich in der Art der Zuführung der Nahrungsmittel oft bei aller Hastigkeit viele Ungeschiklichkeit. Zum Schreiben werden selbst solche Cretinen oft nicht gebracht, welche nach andern Beziehungen nicht unbeträchtliche Handfertigkeit zeigen, und wenn sie etwas davon lernen, so sind es doch meist nur wenige unreinliche und unförmige Züge, die sie hervorzubringen im Stande sind.

5) Der Schlaf ist bei den Cretinen gewöhnlich tief und gut, tritt ebenso leicht auf hartem, als auf bequemem Lager ein, dauert lange, scheint aber bei Manchen nicht ohne Träume zu sein. Manche erwachen zu regelmässiger Stunde, Manche nur wenn sie geschüttelt werden oder wenn man ihnen ins Ohr schreit. Nach dem Erwachen sind sie häufig eine Zeitlang noch wie betäubt und scheinen nur allmälig zu sich zu kommen.

6) Das Athmen ist bei den Cretinen langsamer und seltener, zuweilen mühsam, doch vornehmlich des Kropfes wegen. Die Pulsbewegungen sind um Weniges seltener, als bei Gesunden.

7) Unter den Functionen des Körpers ist die Digestion die vollkommenste: die Cretinen vermögen nicht nur enorme Mengen und ganz unverdauliche Dinge zu verschlingen, und geben sie im Nothfall durch Erbrechen wieder weg, sondern sie zeigen auch nur ausnahmsweise erhebliche Störungen der Verdauung und Defäcation; dagegen ist reichliche Gasbildung bei ihnen ganz gewöhnlich.

8) Unter den Secretionen ist die Harnsecretion nicht gestört. — Die Speichelsecretion ist gewöhnlich vermehrt. — Thränen scheinen den Meisten völlig zu fehlen. — Die Schweisssecretion fehlt oder ist nur örtlich, selbst bei hohen Temperaturen und bei den stärksten Anstrengungen.

9) Die Geschlechtsfunctionen fehlen bei Vollcretinen, und bei männlichen kommt weder Erection, noch Samenbereitung vor. Bei Halbcretinen sind meist die sexuellen Functionen wenig kräftig und das Bedürfniss gering. — Die Menstruation ist gewöhnlich sparsam oder fehlt ganz. — Conception findet nur bei Halbcretinen statt, welche auch in Betreff der Milchsecretion keine Anomalie zeigen; doch bringen sie sehr häufig todte Früchte zur Welt.

10) Das Benehmen der Vollcretinen in ihrem äussersten Grade ist das der vollendetsten, regungslosen Apathie. Sie liegen und sizen, wohin man sie bringt, starren vor sich hin, essen, was sie erhalten, oder lassen sich füttern, lassen Urin und Fäces ohne Wissen abgehen und verbringen den Tag ohne alle Aeusserungen eines psychischen Geschehens, bis man sie schlafen legt, schlafen, bis man sie erwekt und leben so einen Tag wie den andern. Bei den meisten Vollcretinen ist jedoch mit Sorgfalt und Geduld zu ermöglichen, dass sie sich reinlich halten und dass sie eine sehr einfache mechanische Beschäftigung übernehmen, soweit der Zustand ihrer Muskel diess zulässt. — Die Cretinen, welche die Herrschaft über ihre Muskel haben, streifen viel herum, gehen betteln, oft ohne dass sie den Werth der Münze kennen, suchen aber immer gerne die Ruhe und die Einsamkeit. Sie sind, wenn man sie zu leiten versteht, mehr oder weniger zu mechanischen Arbeiten abzurichten, die sie oft mit Eifer verrichten.

Noch mehr kann das Treiben der Halbcretinen geregelt werden, obwohl auch diese bei Mangel an Aufsicht am liebsten unnüz und müssiggehend herumstreifen und der Trägheit und dem Nichtsthun sich hingeben, bei ernster Nöthigung aber bereitwillig allen Geschäften sich unterziehen, die in ihren physischen und intellectuellen Kräften stehen.

Die Eintheilung der cretinösen Individuen in verschiedene Grade des Cretinismus ist zwar eine nicht mit Schärfe durchzuführende, für die practische Handhabung und rasche Verständigung aber nüzlich und unentbehrlich. Die gewöhnlichste Eintheilung ist die in

1) Vollcretine meist mit entsprechender und ausgeprägter Entartung der Körperconstitution, ohne Sprache und Fähigkeit der Verständigung und mit fast vollständigem Mangel aller psychischen Functionen, also mit Blödsinn in der Form des Automatismus.

2) Halbcretine meist mit ausgeprägtem, zuweilen mit nur angedeutetem cretinösem Character des Körperbaus, mit lallender Sprache oder Sprachlosigkeit, aber mit Fähigkeit, sich den Angehörigen durch Gesticulationen verständlich zu machen, mit stumpfer Intelligenz, aber mit Fortbildungsfähigkeit zu mechanischen Arbeiten und selbst bis zu einer wenn auch immerhin beschränkten Entwiklung der psychischen Functionen.

3) Geistig Gesunde mit cretinöser Färbung, theils mit einzelnen an die Cretinen erinnernden Schwächen der psychischen Vorgänge (Trägheit, verlegenem, blödem Benehmen, undeutlicher Sprache, schwachem, willenlosem Character), theils mit einer Andeutung cretinenartiger Körperconstitution und selbst mit vereinzelten ausgeprägteren Symptomen derselben (alte Gesichtszüge mit vielen Runzeln bei grinsender Freundlichkeit, breiter, diker Mund, platte Nase, Kropf, diker, unförmlicher Kopf, borstige, hässliche Haare, schmuzige Hautfarbe etc.).

Es kann, so ungenügend diese Eintheilung ist, zu nichts führen, sie noch weiter zu spalten, von Viertel-, Dreiviertelcretinen zu sprechen, da, je weiter die Specification getrieben wird, um so mehr ihre Unhaltbarkeit und die Unmöglichkeit der Abgrenzung in die Augen fällt.

D. Das Alter, welches die Cretinen erreichen, ist nicht nothwendig verkürzt; doch erliegen viele in der frühen Kindheit, wenige erleben das 40ste Jahr und nur sehr selten und unter guter Pflege erreichen sie das höhere Greisenalter. Die Krankheiten, welchen sie ausgesezt sind, sind vornehmlich weitere Störungen von Seiten des Gehirns, ferner asthmatische Zufälle, welche meist vom Kropfe abhängen; seltener kommen bei ihnen intermittirende und typhöse Fieber, dagegen häufig Darmulcerationen und Diarrhoeen vor; sie verfallen ferner sehr oft in Wassersucht und in progressive Paralyse. In den meisten Fällen verhalten sie sich bei eintretenden Krankheiten ruhig, geben wenig subjective und functionelle Symptome und ihre Agonie ist meist lang, aber ohne Pein und sie pflegen im Sopor zu sterben.

Unter 4955 sardischen Cretinen befanden sich unter 10 Jahren 331, zwischen 10—20 1332, zwischen 20—30 1339, zwischen 30—40 1021, zwischen 40—50 442, zwischen 50—60 322 und über 60 168.

IV. Prophylaxis und Therapie.

Als Maassregeln zur Verminderung des Cretinismus im Ganzen und zur Verhütung oder Beschränkung desselben bei dem Einzelnen können angewandt werden:

1) Vermeidung der Heirathen cretinöser Individuen überhaupt und des Untereinanderheirathens von Individuen aus cretinösen Familien;

2) Sorge für die Salubrität der Gegenden durch gänzliche Beseitigung der vorzüglich inficirten Wohnungen, Lichtung der Baumpflanzungen um

dieselben, Trokenlegung der Sümpfe, vielleicht auch durch Düngung mit Jodsalzen und durch Vermischung des Thierfutters mit denselben;

3) Sorge für gesunde, luftige, sonnige und reinliche Wohnungen und Vermeidung der dem Boden nahen Theile derselben für den menschlichen Aufenthalt an allen den Orten, wo Cretinen endemisch sind;

4) gänzliches Verlassen der als sehr ungesund erkannten Gegenden, wenn ihre Salubrität nicht verbessert werden kann;

5) Begünstigung des Verkehrs und Verhinderung der Zurükziehung der Eingeborenen in die Einsamkeit; Steigerung der Civilisation in den Cretinengegenden;

6) Versezung der in cretinösen Familien Geborenen und zumal der die ersten Zeichen des Cretinismus darbietenden Neugeborenen in solche Gegenden, in welchen der Cretinismus nicht mehr vorkommt, entweder in die Ebene oder auf luftige Höhen;

7) Verwendung einer gesunden, nicht aus einer cretinösen Familie stammenden Amme bei denselben Neugeborenen;

8) reichliche Zumischung von Salz und Incorporation von Jod bei den Kindern, welche nicht mehr gestillt werden;

9) Entfernung der zum Cretinismus disponirten Kinder aus der Umgebung von Cretinen;

10) sorgfältigste Erziehung derselben mit besonderer Rüksichtnahme auf ihre stumpfen Sinne und auf die langsame Entwiklungsfähigkeit ihrer Intelligenz.

Manche dieser Maassregeln sind nur bei einer sorgfältigen Beaufsichtigung und consequenten Strenge der Behörde durchzuführen und es ist desswegen der Vorschlag des sardinischen Rapports, an jedem Hauptorte der cretinösen Bevölkerung eine Sanitätscommission die Maassregeln überwachen zu lassen, vollkommen gerechtfertigt und für einen grossen Erfolg nicht zu entbehren. — Sehr nüzlich sind gewiss die Erziehungsinstitute für cretinöse und zum Cretinismus disponirte Individuen, da es von Seiten der Lehrer eines besonderen Studiums bedarf, um den Unterricht den Verhältnissen solcher Subjecte anzupassen. Dieser Unterricht muss aber nicht bloss unermüdlich sein und sich mit kleinen Fortschritten begnügen lassen, sondern er muss sich zunächst auf die handhabbarsten und bei blödem Gehirn wirkliche Vorstellungen hervorrufenden Gegenstände beziehen; er darf nicht, wie das in einzelnen Anstalten geschieht, eine exclusive Richtung nehmen, er darf nicht trachten, durch Einlernen einzelner Bibelsprüche und des mechanischen Absagens spärlicher Notizen aus der Geschichte des jüdischen Volkes, womit das blöde Geschöpf unmöglich irgend welche Vorstellungen zu verbinden weiss, den Schein eines religiösen Verständnisses zu erschleichen. — Wo jedoch auf einen cretinösen Neugeborenen jede, auch die kostbarste Art von Sorgfalt und Rüksicht verwendet werden kann, dürfte seine isolirte Erziehung in vernünftiger und einsichtsvoller Umgebung, neben umfassender Berüksichtigung der günstigen physischen Einflüsse, der Verpflanzung in ein Cretinenerziehungshaus unzweifelhaft vorzuziehen sein.

B. ERKRANKUNGSFORMEN DES GEHIRNS MIT ÜBERWIEGEND SENSITIVEN STÖRUNGEN.

Es kommen nicht selten Erkrankungen vor, bald in transitorischer Weise, bald in grosser Hartnäkigkeit, bei welchen allein oder doch vorzugsweise sensitive Erscheinungen vorhanden sind und bei welchen keine Zurükführung dieser auf ein Localleiden eines Nerven oder auf eine Gesammtstörung möglich, sondern die Annahme einer Gehirnkrankheit unver-

meidlich ist. Es existirt kein Erfahrungsmaterial, welches eine nähere Localisation dieser Erkrankungen in einzelne Theile des Gehirns, noch eine Bestimmung des Hergangs, Processes, eine Festsezung der anatomischen Veränderungen begründen könnte. Diese Fälle enden entweder gar nicht tödtlich oder erst nach weiterer Verwiklung und nach Eintritt mannigfacher consecutiver Störungen, in welch lezterem Falle die Analyse der einzelnen Anomalieen und eine irgend sichere Zurükführung der Phänomene auf etwa vorgefundene Localveränderungen im Gehirn nicht zu ermöglichen ist.

Die Formen überwiegend sensitiver Erkrankungen des Gehirns sind weniger fixirt, als die psychischen und motorischen Affectionen des Organs. Sie laufen in einander über und nähern sich andererseits oft den psychischen Störungen, oft der Hysterie, selbst den motorischen Symptomencomplexen. Sie weisen sich im weiteren Verlauf auch häufig theils als die fragmentären Anfänge der ebengenannten Gruppen von Erkrankungen aus, theils als die ersten undiagnosticirbaren Aeusserungen von anatomischen Veränderungen, die in ihrem weiteren Verlaufe wohl eine Erkennung zulassen. Es ist weder im Allgemeinen festzustellen, noch jemals im einzelnen Falle mit Sicherheit zu bestimmen, welche unter den vom Gehirn abhängigen sensoriellen Zufällen als selbständige Affectionen und welche dagegen als mehr oder weniger wichtige, wesentlichere oder untergeordnetere Theilerscheinungen eines grösseren Symptomencomplexes oder einer noch latenten Gewebsstörung anzusehen sind. Um so mehr muss es erlaubt sein, in Betreff ihrer auf die allgemeine Betrachtung zu verweisen, da die specielle Darstellung der einen selbständigen Character zeigenden sensitiven Cerebralaffectionen nur durch willkürliche und hypothetische Grenzen abgeschieden werden könnte. Es kann vollkommen genügen, diejenigen Formen der Erkrankung namhaft zu machen, welche, ausser in abhängiger Weise, auch unter dem Character selbständiger Affectionen vorzukommen scheinen. Es sind:

1) die Cephalaea, der Kopfschmerz, der in ziemlich häufigen Fällen, besonders wenn er, ohne auf die Quintusausbreitung einer Kopfhälfte beschränkt zu sein, viele Jahre hindurch ohne irgend andere Erscheinungen als die von ihm selbst abhängigen fortbesteht, oder doch in beständigen Wiederholungen wiederkehrt, oder endlich, wenn er nach längerer Dauer bei erhaltener vollkommener Integrität der übrigen Hirnfunctionen sich wieder verliert, vorläufig als eine selbständige sensorielle Hirnstörung angesehen werden kann.

2) Die Hallucinationen, sofern dieselben als isolirtes Phänomen auftreten und ohne von sonstigen Störungen der Gehirnfunctionen gefolgt zu sein, sich wieder verlieren.

3) Der Schwindel, wenn er eine für sich bestehende Erscheinung ist und bleibt und die Umstände keine anatomische Alteration, keine Anomalie in der Blutmenge des Gehirns und seiner Häute annehmen lassen.

4) Schmerzen im Rumpfe und in den Gliedern, bald in häufigen Wiederholungen eintretend, bald anhaltend und nur zeitweise exacerbirend, zuweilen regellos vertheilt und wechselnd, zuweilen beschränkt auf eine Hälfte des Rumpfes und der Rumpfglieder oder zwar beide Seiten be-

fallend, aber in ungleicher Art und Intensität, häufig mit mannigfachen andern Empfindungen (Wärme, Kälte, Sausen, Schwirren, Prikeln, Ameisenkriechen, Gefühl von Pelzigsein, Eingeschlafensein etc.) verbunden, oft auch mit Abstumpfung des Gefühls, gänzlicher oder partieller Unempfindlichkeit gegen äussere Eindrüke — kommen nicht ganz selten als dunkle, in ihren Ursachen und ebensowenig in ihrer anatomischen Begründung nicht zu enträthselnde, aber offenbar eine Gehirnstörung anzeigende, höchst hartnäkige Affectionen vor. Sie erhalten sich als solche Jahre lang, bald ganz stationär bleibend, bald sich ausbreitend, sei es auf derselben Rumpfseite, sei es die andere nachträglich gewinnend, bald an Intensität und Unerträglichkeit zunehmend. Nicht selten gesellt sich früher oder später plözliches und vorübergehendes Versagen einzelner Muskelbewegungen, allmälige Abnahme der Muskelkraft und Parese oder auch vollkommene Hemiplegie hinzu. — Diese Fälle geben im Allgemeinen eine schlimme Prognose, wenn auch zuweilen eine Ermässigung der Beschwerden, ja selbst eine gänzliche Herstellung vorkommen mag.

5) Sensorielle Paralyse auf einer Rumpfhälfte oder gekreuzt kann entweder mit Schmerzen der unempfindlichen Theile zusammenhängen oder neben Schmerzen der andern Körperhälfte vorkommen. Oder sie besteht neben motorischer Hemiplegie und allgemeiner Paralyse. Oder endlich sie ist — in den seltensten und dunkelsten Fällen — eine ganz isolirte Störung.

C. ERKRANKUNGSFORMEN DES GEHIRNS MIT ÜBERWIEGEND MOTORISCHEN STÖRUNGEN.

Es ist bis jezt nicht möglich, die verschiedenen Formen und Aeusserungsarten motorischer Störungen, welche vom Gehirn abhängen, auf ihre anatomische oder physiologische Grundlage mit Sicherheit zurükzuführen und die wesentlichen Differenzen zwischen ihnen dadurch anschaulich und erklärlich zu machen. Somit bleibt nichts anderes übrig, als nach der Aeusserungsform die motorischen Störungen zu betrachten, und es erscheint practisch, die in der Erscheinungsweise der motorischen Symptome übereinstimmenden Erkrankungen zu Gruppen zu vereinigen, in welchen die nach den Umständen des Vorkommens oder nach ihrer Bedeutung für die Prognose auseinandergehenden Fälle wiederum isolirt dargestellt werden können.

AA. EPILEPSIEARTIGE AFFECTIONEN.

Die epilepsieartigen Affectionen sind tonisch-clonische Krampfanfälle, welche bei completer Ausbildung mit Bewusstlosigkeit verbunden sind. Mehrere nach ihrer Bedeutung und Prognose zum Theil erheblich sich unterscheidende Erkrankungsformen zeigen diesen Character der motorischen Störung.

1. Momentane, vereinzelte epilepsieartige Krämpfe.

I. Im Verlaufe sonstigen Wohlbefindens kann durch mannigfache psychische oder sensorielle Eindrüke, sowie durch Ueberanstrengungen der

Muskel ein Anfall eintreten, der alle Charactere eines epileptischen zeigt oder ihm doch mehr oder weniger ähnlich ist, ohne jemals von weiteren krankhaften Zufällen gefolgt zu sein. Auch im Schlaf wird zuweilen, ohne dass der Mensch erwacht und ohne dass eine Ursache davon bekannt wäre, ein solcher Anfall beobachtet. Ebenso treten derartige isolirte Paroxysmen im Verlaufe von Krankheiten des Gehirns, wie von extracephalen Affectionen fast jeder Art und auch in der Reconvalescenz von solchen ein, vornehmlich aber in den Fällen, bei welchen eine grosse Reizbarkeit, eine bedeutende Erschöpfung, ein reichlicher Verlust von Blut und Secreten, eine Intoxication oder Infection stattgefunden hat. In den meisten Fällen ist, wenn ein derartiger Anfall im Verlaufe von Krankheiten eintritt, keine besondere Veranlassung desselben nachzuweisen, und man sieht davon ebensowohl Männer als Weiber, Kinder wie Erwachsene befallen werden. — Auch in andern ungewöhnlichen Zuständen: in der Schwangerschaft, im Wochenbett, nach längerer Entbehrung der Nahrung, bei Aufregung des Gemüths, geistiger Vertiefung, ausgelassener Lustigkeit, in schlechter Luft u. dergl. m. kann man solche Ereignisse beobachten.

II. Der Anfall kommt entweder ganz unerwartet oder nach kurz vorausgehendem Schwindel, Eingenommenheit des Kopfes, Sausen in den Ohren, nach zuvor eingetretener Unmacht. Der Mensch fällt mit oder ohne einen Schrei in vollkommene Bewusstlosigkeit, kann zu Boden stürzen und es bleibt eine kurze Zeit hindurch die Respiration unterbrochen, während convulsivische Anstrengungen, sie wieder herzustellen, gemacht werden. Sofort gesellen sich Zukungen, Convulsionen mit tonischen Verdrehungen der Glieder hinzu, Schaum oft mit Blut gemischt tritt vor den Mund, das Gesicht wird dunkelroth oder blau, die Augen treten vor. Aber nach wenigen Secunden oder Minuten ermässigt sich der Krampf, geht in einzelne unterbrochene Stösse über und der Befallene kommt allmälig wieder zum Bewusstsein, ohne dass er eine Erinnerung an den Anfall hat. Einige Zeit lang bleibt grosse Abgeschlagenheit und Eingenommenheit des Kopfes zurük; aber nach einigen Stunden oder Tagen ist die Herstellung eine vollständige. — Es kann jedoch auch in einem solchen Anfall ohne Weiteres der Tod erfolgen, indem die Respiration nicht mehr vollständig zustandekommt, der Puls klein wird, Collaps eintritt und unerwartet rasch das Herz stillsteht.

Solche momentane Krämpfe sind zu beachten, weil sie einerseits zwar die Möglichkeit einschliessen, dass weitere Anfälle sich anreihen und eine gewöhnliche Epilepsie sich daraus entwikelt; andererseits aber bleiben sie von selbst in vielen Fällen ganz isolirt, die Gesundheit wird nicht weiter gestört und wenn nach einem derartigen Anfall ein antiepileptisches Verfahren eingeleitet wird, so kann die Meinung entstehen, dass dieses das Eintreten weiterer Paroxysmen verhindert und eine Epilepsie geheilt habe, die gar nicht bestand.

III. In den meisten Fällen genügt es, durch Beseitigung aller Hindernisse der Respiration deren Wiedereintritt zu begünstigen. Werden die Zufälle drohender, so muss eine Ader geöffnet, Ammoniak als Riechmittel angewandt und müssen Hautreize applicirt werden. Freilich entzieht in den meisten Fällen die Plözlichkeit und das Unerwartete des Ereignisses dieses

jeder Therapie. — Nach einem derartigen Anfall hat das Individuum, längere Zeit allseitiger, besonders cerebraler Ruhe sich zu überlassen; es können milde beruhigende Mittel gegeben werden und man hat den Befallenen noch eine geraume Zeit im Auge zu behalten und mit der grössten Aufmerksamkeit zu beobachten, ob nicht neue Anfälle sich ereignen, wodurch die Annahme einer Epilepsie gerechtfertigt wird.

2. Epilepsie.

I. Geschichte.

Die Epilepsie, in alten Zeiten häufig Morbus divinus oder sacer genannt, ist seit Hippocrates der Gegenstand zahlreicher ärztlicher Untersuchungen gewesen, von denen hier nur der kleinste Theil namhaft gemacht werden kann. Bei Aretaeus (acute Krankh. I. 5; chron. Krankh. I. 4) und Coelius Aurelianus (De morbis chron. I. 4) finden sich bereits sehr vollständige Beschreibungen, welchen bis zum Anfang des vorigen Jahrhunderts wenig Wesentliches hinzugefügt wurde. Morgagni (epist. 9) suchte auf anatomischem Wege die Ursachen der Epilepsie zu ermitteln. Van Swieten, der (in den Commentaren zu Boerhaave) zuerst die Epilepsie für eine Gehirnkrankheit erklärt und Tissot (Traité de l'épilepsie 1770) lieferten im vorigen Jahrhundert die werthvollsten Beiträge zur Kenntniss der Krankheit und wurden von den Spätern, selbst von Portal (Observat. sur la nature et le traitement de l'épilepsie 1827. Uebers. von Hermes 1829 mit 33 Species von Epilepsie) vielfach copirt. Indessen haben in neuerer Zeit mehrere selbständigere Bearbeitungen, theils von Seiten der psychiatrischen Pathologen, theils auch von sonstigen Anhängern der objectiven und anatomischen Forschung über die thatsächlichen Verhältnisse dieser Krankheitsform mannigfaltiges Licht geworfen, ohne jedoch darum die Wunderbarkeit der Anfälle im Geringsten dem Verständniss zugänglicher zu machen. Es sind hier vorzüglich zu nennen: Wenzel (Beob. über den Hirnanhang fallsüchtiger Personen 1810), Esquirol (1815 im Dict. des scienc. médic. XII. 510, der erste Psychiater, welcher der Epilepsie nähere Aufmerksamkeit schenkte), Cooke (Hist. and meth. of cure of the var. spec. of epil. 1822), Calmeil (de l'épilepsie étud. sous le rapport de son siège 1824), Bouchet und Cazauvieilh (1825 Arch. gén. IX. 510 und X. 5), Hutin (de l'épilepsie considerée dans sa nature et dans ses causes et des moyens etc. 1830), Foville (Dict. de méd. et de chir. prat. VII. 412), Cheyne (Cyclop. of pract. med. II. 85), Georget (Dict. en XXX. XII. 172), Beau (1836 Arch. gén. B. XI. 328), Copland (Encyclop. Wörterb., übers. von Kalisch, III. 297), Babington (1841 Guy's hosp. rep. VI. 1), Leuret (1843 Arch. gén. D. II. 32), Billod (1843 Annal. méd.-psychol. II. 381), Delasiauve (1847. ibid. IX. 195, 358 u. X. 36, 203 u. 348), vornehmlich aber das ausgezeichnete Werk von Herpin (Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie 1852), das nicht nur wegen der Genauigkeit und Gründlichkeit der Analyse der Thatsachen, sondern vorzüglich wegen der Nüchternheit und Unbefangenheit der Anschauungen als eine musterhafte Monographie bezeichnet werden kann.

II. Aetiologie.

A. Allgemeine ätiologische Verhältnisse.

1) Häufigkeit des Vorkommens.

Die Epilepsie ist unter den chronischen Krampfformen eine der häufigsten und es mag ungefähr dem richtigen Verhältniss nahe kommen, wenn man annimmt, dass von 1000 Individuen 6 damit behaftet sind.

Eine genaue Statistik in Betreff des Vorkommens der Epilepsie ist nicht zu liefern, da eine Zählung dieser Kranken in einem grösseren Populationsquantum unmöglich ist. Rayer gibt an, dass unter 7507 Individuen von 20 Jahren 28 wegen Epilepsie vom Militärdienste abgewiesen wurden, wornach 3,7 Epileptische auf 1000 Individuen von 20 Jahren sich finden, und es mag die Berechnung von Herpin, welcher hiezu noch ein Viertheil für die vor dem 20sten Jahre Gestorbenen und ein Drittheil für die nach dem 20sten Jahre epileptisch Gewordenen hinzurechnet, ungefähr der Wahrheit entsprechen.

2) Hereditäre Anlage.

Das wiederholte Vorkommen von Epilepsie in einer Familie, das Befallenwerden von Kindern epileptischer oder auch sonst gehirnkranker Eltern von der Epilepsie ist so häufig, dass eine gewisse hereditäre Disposition dazu kaum bezweifelt werden kann. Es scheint, dass die Epilepsie der Mutter von ungleich grösserem Einfluss auf die Entstehung der Epilepsie der Kinder ist, als die des Vaters.

Bei Untersuchungen über das hereditäre Vorkommen der Epilepsie darf man die Erblichkeit nicht bloss auf die unmittelbaren Ascendenten beschränken, sondern man muss auch die Kranken der Seitenlinien mit in Rechnung bringen und darf das Ueberspringen einzelner Generationen nicht ausser Acht lassen. Ferner ist nicht nur das Vorkommen von Epilepsie in den Familien der Epileptischen, sondern von Hirnkrankheiten überhaupt in Betracht zu ziehen. In dieser Weise fanden Cazauvieilh und Bouchet unter 130 Epileptischen 99, deren Verwandte von nervösen Affectionen frei waren, und 31, welche geisteskranke, epileptische, blödsinnige und hysterische Verwandte hatten (Arch. gén. X. 39). Noch viel bedeutender erscheint die Heredität nach den allerdings sparsamen Beobachtungen von Herpin: unter 60 Fällen, bei welchen er Nachrichten über die Gesundheit der Familie erhalten konnte, fanden sich (ungeachtet die Nachrichten in 3 Fällen über die Ascendenten fehlten und in 27 wenigstens die über die Ascendenten zweiten Grades nicht zu erhalten waren) bei den Verwandten 10 Fälle von Epilepsie, 24 von Geisteskrankheiten, 11 von Apoplexie, 13 von Meningitis und Hydrocephalus chronicus und kleinere Summen für verschiedene andere Affectionen des Nervensystems. Von besonderem Interesse aber ist es, wenn man die Frage umkehrt und untersucht, was aus den Kindern Epileptischer wird. Von 58 Kindern, welche 14 epileptische Mütter gebaren, starben 36 sehr früh und fast alle unter Convulsionen, 1 im 14ten Lebensjahre; unter den 21 überlebenden waren 7 mit Krämpfen behaftet und 14 zwar gesund, aber noch sehr jung (Cazauvieilh und Bouchet).

3) Geschlecht und Alter.

Welches Geschlecht grössere Anlage zur Epilepsie habe, ist zwar noch nicht sicher ausgemittelt worden, doch scheint das weibliche etwas überwiegend dazu disponirt zu sein. Soviel aber ist gewiss, dass bei Frauen die gelinderen und die unreinen, complicirten und rudimentären Formen der Epilepsie sich überwiegend häufig vorfinden, während die reineren Formen und die höheren Grade der Krankheit bei beiden Geschlechtern in ziemlich gleicher Häufigkeit vorzukommen scheinen.

Die Epilepsie kann in jedem Alter beginnen, doch findet sie sich selten angeboren und entwikelt sich gleichfalls nur ausnahmsweise im vorgerükten Alter. Sehr häufig zeigen sich während der ersten 5 Lebensjahre, etwas seltener zwischen 5 und 10 Jahren, am häufigsten in der Zeit vom 10—20sten Jahre die ersten Ausbrüche der Epilepsie. Ziemlich häufig fällt auch der Beginn der Krankheit noch in die Zeit vom 20—30sten Lebensjahre. Von da an nimmt bis ins höchste Greisenalter die Häufigkeit des Beginns der Epilepsie immer mehr ab. Es scheint, dass die Zeit des Alters, in welche der Krankheitsanfang fällt, einigen Einfluss auf Form und Hartnäkigkeit der Epilepsie habe.

Schon die ältesten Schriftsteller nehmen eine überwiegende Disposition des weiblichen Geschlechts zur Epilepsie an, ohne sich dabei auf statistische Daten zu stützen. Dass diese Disposition besteht, ist wohl ausgemacht; die Zahlen verschiedener Statistiken laufen aber noch weit aus einander. Denn während Esquirol zu Ende des Jahres 1813 in der Salpetrière 389 epileptische Frauen und in Bicêtre 162 epileptische Männer zählte, und Georget 7 Jahre später ungefähr zu demselben Resultate kam, waren unter 68 Epileptischen, welche Herpin beobachtete, 31 männlichen und 37 weiblichen Geschlechts.

In Betreff des Alters sind die statistischen Mittheilungen über das früheste Kindesalter wenig zuverlässig, da die Unterscheidung der Eclampsie von der Epilepsie in diesem Alter nicht an so feste Regeln gebunden ist, dass die Angaben verschiedener Beobachter mit einiger Sicherheit verglichen werden könnten. Auch ist bei allen Nachrichten über Altersdisposition zur Epilepsie nicht zu vergessen, dass die Kranken sehr oft über den Anfang des Uebels sich täuschen und in der ersten Periode die leichteren, rudimentären und nächtlichen Paroxysmen übersehen. Somit haben die folgenden Statistiken nur einen approximativen Werth.

	Bouchet u. Cazauvieilh.	Leuret.	Herpin.		Beau.
Angeboren:		—	1		17
1—6ter Monat:	18	14	5		—
Bis zum 5ten Jahre:			11	(0—6 J.)	22
5—10tes Jahr:	11	5	2	(6—12 J.)	43
10—15 „ „	11	24	14	(12—16 J.)	49
15—20 „ „	10	18	13	(16—20 J.)	17
20—30 „ „	9	24	11		29
30—40 „ „	3	7	2		12
40—50 „ „	3	7	3		15
50—60 „ „	1	1	2		4
60—70 „ „	—	—	1		1
70—80 „ „	—	—	3		0
	66	100	68		209

Die im erwachsenen und noch mehr die im vorgerückten Alter entstehenden Epilepsieen sind grösstentheils unreine, complicirte und consecutive Formen.

4) Körperliche und psychische Constitution. Aeussere Lebensverhältnisse.

Kleine Individuen zeigen eine grössere Disposition zur Epilepsie, als solche von mittlerer oder grosser Statur. Ob die allgemeine Conformation einen Einfluss auf das Befallenwerden von der Epilepsie übt, muss dahingestellt bleiben, obwohl mit angeborenen oder frühzeitig erworbenen groben Missbildungen und Verkrüpplungen allerdings ziemlich häufig Epilepsie zusammenfällt. — Die reizbaren Constitutionen sind ohne Zweifel diejenigen, welche am häufigsten von Epilepsie befallen werden; doch bemerkt man die Krankheit häufig genug auch bei schlaffen Constitutionen, zumal der lymphatischen und cretinenartigen. — Einige pathologische Constitutionsverhältnisse geben eine besondere Prädisposition für Entstehung der Epilepsie: zumal die Constitutionsintoxicationen durch habituellen Alcoolgenuss, ganz besonders durch Blei, weniger durch Mercur, vielleicht auch durch einzelne Speisen mit giftiger Wirkung (Schwämme, Fische etc.). — Nach Einigen sollen Cölibatäre häufiger epileptisch werden, als Verheirathete. — In den dürftig lebenden Classen scheint die Krankheit ungleich gewöhnlicher zu sein, als in den höheren und wohlhabenden.

Hinsichtlich der Körpergrösse fand Herpin unter 60 Epileptischen 28 unter der mittleren Grösse, 17 mittelgross, 15 übermittel; die Statur der übrigen 8 hatte er nicht notirt. — Die Statistik desselben Beobachters, nach welcher 39 ohne besondere Abweichung von der allgemeinen Conformation, 10 schön gebaut, 8 von sehr zartem Körperbau, 3 zu früh geboren waren u. s. f., ist für die Bestimmung des Einflusses der Körperconformation nicht entscheidend.

Foville schreibt der nervösen Constitution, Esquirol der schwachen, cachectischen Constitution und dem melancholischen Temperamente, Tissot schwachen, zarten und reizbaren Subjecten eine besondere Disposition zur Epilepsie zu. Leuret fand unter seinen Epileptischen 30 Trunkenbolde, 24 Zornsüchtige, 24 Onanisten; 17 von sanftem Character, 16 Furchtsame, 16 Ungelehrige, 15 Gynophilen, 7 Bösartige. Unter 68 Epileptischen Herpin's waren 13 von lymphatischem, 12 von nervösem, 12 von lymphatisch-nervösem, 12 von nervös-sanguinischem, 6 von lymphatisch-sanguinischem, 4 von sanguinischem, 2 von gemischtem, 7 von unbestimmtem

Temperament. Derartige Statistiken haben freilich mehr negativen, als positiven Werth und mit Recht rügt Herpin daran, dass die Classification eine mehr oder weniger willkürliche sei und dass man eine gleichartige Statistik der Gesammteinwohner des Landes, in dem man beobachtet und zählt, des Vergleichs wegen zu Grunde legen müsse.

Unter den krankhaften Constitutionsmodificationen sind ganz besonders die Alcoolvergiftung und Bleivergiftung hervorzuheben. Während intensive Grade dieser Intoxicationen heftige epilepsieartige Convulsionen, aber von anderer Bedeutung, als die Epilepsie selbst, direct hervorzubringen im Stande sind, scheinen mässigere Grade wenigstens eine erhöhte Disposition zu der gewöhnlichen Epilepsie zu begründen, so dass in solchen Fällen wenigstens häufig in der Blei- und Alcoolincorporation eine neben andern Causalmomenten mitwirkende Ursache auch der Erkrankung an gewöhnlichen Formen der Epilepsie angenommen werden kann. (S. darüber cerebrale Intoxicationen.)

Während Copland, Foville und die meisten Andern die Meinung hatten, dass die Epilepsie die ärmeren Classen vorwiegend heimsuche, fand Herpin unter seinen Epileptischen 21, die in Wohlstand lebten, 3 Bediente in vornehmen Häusern, 7 aus Familien, die Akerbau trieben, 26 aus der besseren Arbeiterclasse und nur 11, die in Dürftigkeit lebten. Herpin glaubt daher, dass die Wohlhabenden nicht seltener an der Epilepsie leiden, sondern dieselben nur verschwiegener halten, als Leute aus den niederen Classen. Statistiken aus Spitälern und Irrenanstalten können freilich in dieser Frage nichts entscheiden, da die Spitäler allerorts fast ausnahmslos und die Irrenanstalten zum grösseren Theil nur von den unteren Classen aufgesucht werden.

Dass unzureichende Nahrung und Obdachlosigkeit Epilepsie herbeiführen können, beweist der Fall von Maisonneuve. Achtzehn Matrosen schwammen, vom Feind verfolgt, auf einen Felsen, wo sie sieben Tage dem Hunger und heftiger Kälte ausgesezt waren. Vier Wochen darauf wurden sie alle epileptisch. Achtzehn Monate später waren 14 gestorben.

B. Störungen in einzelnen Organen und Einwirkungen, welche einzelne Theile treffen, als Ursache der Epilepsie.

Wenn auch die Epilepsie unter allen Umständen eine wesentliche Gehirnkrankheit ist und die Symptome von einer Störung dieses Organs mit Nothwendigkeit abhängen, so können Erkrankungen und Functionsmodificationen anderer Theile, der im Gegensaz zum Gehirn peripherischen Organe und Einflüsse, welche diese treffen, jene Störung des Gehirns, welche durch epileptische Krämpfe sich characterisirt, veranlassen (peripherische Genese der Epilepsie).

Das Geschehen in dem peripherischen Organe kann entweder, ohne selbst als krankhaft angesehen werden zu dürfen, nur die Vermittlung für die Erkrankung des Gehirns bilden, so dass das leztere allein das pathologische Verhalten zeigt (primitive Epilepsieen mit peripherischer Ursache), oder es kann eine mehr oder weniger beträchtliche Anomalie in beliebigen Organen für sich allein oder unter Mitwirkung weiterer Ursachen die Epilepsie zur Folge haben (consecutive Epilepsie bei peripherischer Localerkrankung). Ein Uebergang zwischen beiden Categorieen wird durch diejenigen Fälle gebildet, in welchen der peripherische Anlass zur Epilepsie zwar nicht in einer localen Erkrankung, wohl aber in abweichenden unangemessenen Functionirungen und sonstigem noch in die Breite der Gesundheit fallendem gesundheitswidrigem Verhalten (z. B. den Genitalienexcessen, der sexuellen Abstinenz) liegt.

Diejenigen Fälle von Epilepsie, bei deren Entstehung nur allein das Gehirn betheiligt ist (Epilepsieen mit centraler Genese), können entweder von solcher Art sein, dass das Gehirn keine andere, weder anatomische noch functionelle Störung darbietet und die Epilepsie die einzige krankhafte Erscheinung ist (primitive einfache Epilepsie), oder es kann das Gehirn noch in anderer Weise erkrankt sein, sei es anatomische Störungen enthalten oder abnorme Functionirung zeigen. Diese Anomalieen können zur Entstehung der Epilepsie Veranlassung geben (consecutive Epilepsie mit centraler Genese), wobei sich die kranke Gehirnstelle zu derjenigen, von der die epileptischen Krämpfe abhängen, gerade so fremd verhalten und so geschieden gedacht werden kann, als der Darm oder die Genitalien, von denen bei peripherischer Genese die Epilepsie veranlasst wird. Oder jene

Anomalieen bestehen nur neben der Epilepsie, vielleicht von gemeinschaftlichen Ursachen entstanden (Blödsinn), vielleicht selbst durch die Epilepsie herbeigeführt (Intelligenzabschwächung, Gedächtnissabnahme), vielleicht sie unterhaltend, vielleicht ganz zufällig und ohne Beziehungen zu ihr: in diesen Fällen ist die Epilepsie — gleichviel ob sie primitiv oder consecutiv ist — eine complicirte.

So nöthig es ist, diese verschiedenartigen Verhältnisse festzuhalten, um die wirklichen und vermeintlichen ätiologischen Beziehungen localer Störungen nach ihrem Werthe zu analysiren, so ist es doch im einzelnen Falle und bei den so oft nicht aufzuklärenden Localvorgängen zur Zeit der Entstehung der Epilepsie häufig ganz unmöglich, die Genese der Erkrankung genau festzustellen und zumal in complicirten Fällen den gleichzeitigen und successiven verschiedenen Anomalieen ihre causale Bedeutung in Bezug auf die epileptische Krankheit sicher anzuweisen. Noch weniger und noch seltener lässt sich im Falle des schliesslichen Todes aus dem Leichenbefunde ein Urtheil entnehmen, wie viel von den vorgefundenen Störungen als Ursachen, Complicationen oder Folgen der Epilepsie anzusehen ist. Am allerwenigsten aber ist aus den abrupten und oberflächlichen Angaben der meisten fremden Beobachtungen über die localen Ursachen der Epilepsie etwas Weiteres zu entnehmen, als dass gewisse Störungen der peripherischen Organe sowohl als des Gehirns bald häufiger, bald seltener bei Epileptischen vorkommen.

Es lässt sich daher bei der ganzen Betrachtung der localen Aetiologie das wirklich Ursächliche von dem bloss Complicirenden oder gar Consecutiven nicht getrennt darstellen und es bleibt jeder einzelnen Erfahrung die Erörterung der Frage überlassen, wie weit die vorkommenden Störungen in causalen oder andern Beziehungen zur Epilepsie mit Gewissheit oder Wahrscheinlichkeit stehen mögen.

Hervorgehoben aber muss werden, dass jedenfalls — soviel bis jezt bekannt ist — keine anatomische Störung weder im Gehirne, noch in einem andern Theile so constant bei Epileptischen sich vorfindet oder andererseits so sicher Epilepsie zu Begleitung hat, dass die leztere Erkrankung von einer solchen anatomischen Störung als wesentlich und nothwendig abhängig gedacht werden dürfte.

Bei den einzelnen Organen und Theilen, deren Verhältnisse in causale Beziehung zur Entstehung der Epilepsie (sowohl in directer, als in mittelbarer Weise, oder selbst durch Steigerung der Disposition), oder auch nur zur Verhinderung der Heilung der Krankheit, zur Hervorrufung einzelner Anfälle, zur Vervielfältigung und Verschlimmerung derselben kommen können, sind zu unterscheiden:

die Einwirkungen, welche die Organe treffen;
der physiologische Status der Organe;
die Functionsmodalitäten derselben;
die krankhaften Veränderungen in ihnen.
In jedem dieser Verhältnisse können causale Beziehungen zur Epilepsie liegen.

1) Kopf und centrales Nervensystem.

Die Epilepsie kommt ebensowohl bei hervorragenden Intelligenzen, als bei schwachsinnigen Individuen vor. Eine besondere Anlage in der Constitution des Nervensystems oder des Gehirns, welche zur Epilepsie disponiren würde, ist mindestens nicht nachzuweisen.

Unter den historischen Notabilitäten werden Manche als epileptisch genannt (Julius Cäsar, Mahomet, Karl V., Petrarka, Peter der Grosse, Rousseau, Napoleon u. A. m.), obwohl die sicheren Belege dieser Behauptungen grösstentheils fehlen und vielleicht transitorische Nervenzufälle nicht selten für epileptische Anfälle genommen wurden. Weit sicherer ist dagegen die überwiegende Verbreitung der Epilepsie unter geistesarmen, intellectuell wenig entwikelten Individuen.

Unter den psychischen Einflüssen, welche Epilepsie hervorrufen können, nimmt der Schrek die erste Stelle ein: derselbe soll in einem Drittel bis zur Hälfte aller Fälle von Epilepsie die Veranlassung derselben gewesen sein und wird noch häufiger die Veranlassung zu Recidiven und einzelnen Paroxysmen. In gleicher Weise, wenn auch ungleich seltener, können stärkere gemüthliche Emotionen jeder Art, sowohl freudige, als deprimirende, kann der Anblik eines Epileptischen, die Furcht, Angst, ein angstvoller Traum die Epilepsie hervorrufen.

Wenn auch ein heftiger Schrek Epilepsie unzweifelhaft hervorzubringen vermag, so ist doch vielleicht die Bedeutung desselben überschäzt worden. Denn es ist den Laien seine Beziehung zur Aetiologie der Epilepsie ebenso geläufig, als die einer Erkältung zu allen möglichen fieberhaften Krankheiten, und wenn die anamnestischen Verhältnisse von Seiten des Arztes nicht mit der nöthigen Zurükhaltung aufgenommen werden, so kann dadurch ein Ueberwiegen dieser Aetiologie hergestellt werden, welches nicht naturwahr ist. So wird die Verschiedenheit der Statistiken erklärlich: denn während Bouchet und Cazauvieilh in 30, Leuret in 37 und Beau in 45% der Fälle von Epilepsie einen Schrek als Krankheitsursache beschuldigen, glaubt Herpin, welcher dieses Moment nur da als ätiologisches gelten lässt, wo die Epilepsie bald nach seiner Einwirkung ausbricht, unter 68 Epileptischen nur 6mal den Schrek als unzweifelhafte Entstehungsursache der Krankheit annehmen zu dürfen. Dass dagegen bei schon bestehender Krankheit der Schrek häufig einen epileptischen Anfall hervorruft, darüber sind alle Beobachter einig.

Als Beispiel, wie wiederholte Gemüthsaufregungen und ängstigende Einflüsse Epilepsie herbeiführen können, kann folgender Fall dienen. Heinrich W., ein 20jähriger Laufbursche, der immer gesund gewesen war und kräftig entwikelt ist, wurde in dem Dienste, in dem er sich befand, von dem Sohne seines Herrn, sowie von mehreren Gesellen desselben zur Belustigung wiederholt gekizelt, durch Wegziehen des Stuhles, auf den er sich sezen wollte, zum Hinstürzen gebracht, mit spizen Pfeilen u. dergl. unerwartet gestochen, mit kaltem Wasser aus einer Sprize in das Ohr, mit Thonkugeln aus einem Blaserohr getroffen; es wurden unversehens hinter ihm Gewehre losgeschossen, er wurde niedergeworfen und um sein Schreien zu verhindern, der Mund ihm zugehalten und er dann mehrere Minuten lang fortgekizelt, bis er unmächtig wurde; mit einem engen Hundehalsband und mit Tüchern wurde ihm der Hals zugeschnürt. Mehrere Male verfiel er nach solchen Misshandlungen in Unmacht und Bewusstlosigkeit, bis endlich anderthalb Jahre, nachdem er solchen Aufregungen ausgesezt war, auf einmal ein starker epileptischer Anfall, der über eine Viertelstunde dauerte, eintrat, welcher sich ohne neue Veranlassung in der nächsten Zeit mehrmals wiederholte. Auch nachdem der Kranke einige Wochen darauf ins Jacobshospital gebracht worden war, hatte er, wenn auch in selteneren Wiederholungen, epileptische Anfälle, bald ohne Veranlassungen, bald durch zufällige Einwirkungen, wie z. B. durch das Deliriren eines Nachbarkranken. Dieselben verloren sich jedoch nach einigen Monaten und der Kranke verliess geheilt das Hospital.

Von gemüthlichen Emotionen anderer Art scheint besonders durch Kummer nicht selten Epilepsie zu entstehen: Bouchet und Cazauvieilh rechnen 14, Beau 7, Leuret 2, Herpin 8 Procente unter diese Rubrik. Eine grosse Freude wurde unter Herpin's Fällen einmal bedingendes Krankheitsmoment.

Alle diese Einflüsse und Functionsmodalitäten können, ohne die ausdrückliche Ursache der Epilepsie darzustellen, bei deren Entstehung mitwirken, oder sie können einzelne Anfälle herbeiführen, oder sie können endlich eine Recidive der geheilten Krankheit bedingen.

Auch physische Einwirkungen auf das Gehirn und die Sinnesorgane: ein Stoss oder eine Erschütterung, zu grosse Kälte oder Hize, der Bliz, die Insolation, grelles Licht, betäubendes Geräusch können Epilepsie hervorrufen.

Es steht bei diesen Ursachen dahin, auf welchem Wege die Epilepsie zustandekommt, und sie kann ebensowohl die einzige erkennbare Folge der ungünstigen Einwirkung sein, als auch nur das Symptom im Gehirn vor sich gehender anatomischer Veränderungen; meist lässt sich entweder gar nicht oder nur aus dem gleichzeitigen Bestehen anderer Symptome über diese Differenz entscheiden.

Zahlreiche Krankheiten des Gehirns und zwar sehr mannigfaltiger Art, haben Epilepsie zur Folge. Bald ist in solchen Fällen die Epilepsie das einzige Symptom der gestörten Hirnthätigkeit, bald besteht sie neben andern Hirnsymptomen, namentlich dauernden Störungen der Intelligenz und der Bewegungsorgane. Unter den anatomischen Störungen des Gehirns ist nach Siz und Art keine bei Epilepsie ausgeschlossen, keine ist aber auch so constant von Epilepsie begleitet oder so constant bei Epilept-

ischen, dass man sie als die wesentliche Bedingung und directe Ursache der epileptischen Krämpfe ansehen dürfte.

Unter den psychischen Krankheitsformen findet man die Epilepsie am häufigsten bei Manie und Blödsinn. Nach Georget findet sich unter 8—10 Idioten 1 Epileptischer und auch der erworbene Blödsinn ist häufig mit Epilepsie complicirt. — Sehr oft gesellt sich Epilepsie zu andern Krampfformen und entwikelt sich aus ihnen, namentlich aus der Eclampsia infantum, aus der Chorea, aus dem hysterischen Krampf und aus der Catalepsie: Anfangs und zuweilen lange Zeit hindurch bestehen dann unreine gemischte Formen und erst im weiteren Verlaufe kommen ausgeprägtere epileptische Anfälle zum Vorschein. — Auch schmerzhafte cerebrale Affectionen und hallucinatorische Zufälle sind zuweilen von Epilepsie gefolgt.

Die anatomischen Veränderungen, die man bei Epileptischen im Gehirn und in den annexen Organen gefunden hat, sind unendlich zahlreich. Sie können zum Theil in nähere Beziehung zu den epileptischen Krämpfen gebracht werden, zum andern Theil sind sie offenbar mit denselben in keinem Zusammenhang; und zwar mag dieselbe Störung in dem einen Fall an der Hervorbringung der Convulsionen mitparticipiren, im andern Fall aber dabei ganz unbetheiligt sein.

Die einzelnen Veränderungen sind folgende:

Das Schädelgewölbe wird bei vielen Epileptischen, vorzüglich in Fällen, bei welchen die Krankheit angeboren ist oder im früheren Kindesalter entstand, jedoch auch bei später ausgebrochener Epilepsie abnorm gefunden. Der Schädel ist bald schief, verschoben, bald in den vorderen Partieen schlecht ausgebildet, die Stirne niedrig und nach rükwärts gerichtet, der Gesichtswinkel klein. Vergleiche hierüber Morgagni (l. c.), Margue (de l'épilepsie et de ses différences avec l'hysterie 1824, pag. 23), Portal (Beobacht. über die Natur u. Behandlung der Epilepsie. Aus dem Französ. von Hermes. 1829), Larrey (Rév. méd. VIII. 257). Oft jedoch zeigen Epileptische einen grossen und vollkommen wohlgebildeten Kopf. In manchen Fällen wurde eine bedeutende Verdikung des Schädels beobachtet, noch in andern eine abnorme Verdünnung desselben. Auch fand man zuweilen nach innen gerichtete Vorragungen des Knochens, sowie Caries der Türkensattelpartie. — In der Dura wurden hin und wieder Verknöcherungen und Tumoren beobachtet; in der Arachnoidea fand man Exsudationen jeder Art, Verdikungen, Verwachsungen mit den benachbarten Stellen, Verknöcherungen, Extravasate, oft aber auch nichts von Belang. Sind die Kranken während eines Anfalls gestorben, so ist fast immer eine starke Blutüberfüllung der Hirnhautgefässe, zuweilen auch Extravasation von Blut zu bemerken. Die Seitenventrikel sind ziemlich häufig der Siz von wässerigen Exsudationen und Tumoren; auch von Hydatiden und Cysticercus, sowie von Verengerungen, Dilatationen und Verwachsungen. — In der Hirnsubstanz wurde fast jede Art von Veränderungen beobachtet: neue und alte Verlezungen, fremde Körper, Hyperämieen, Verhärtung, Erweichung, Abscesse, Extravasate, Hypertrophieen, Atrophieen, Tuberkel, Krebs und andere Geschwülste, Parasiten u. s. w. — Veränderungen, welche bald ausgedehnt, bald nur auf einzelne Stellen beschränkt waren.

Wenzel (op. cit.) wollte in dem Hirnanhange eine constante Veränderung bei Epilepsie gefunden haben. Bouchet und Cazauvieilh fanden unter 18 Leichenöffnungen Epileptischer 12mal Indurationen des Gehirns. Ferrus (Gaz. méd. IV. 698) will fast immer Hypertrophie des Gehirns beobachtet haben.

Alle Versuche, die Epilepsie durch den Beweis aus anatomischen Thatsachen auf irgend einen Hirntheil zurükzuführen, waren bis jezt vergeblich. Es ist hiebei nicht zu übersehen, dass die Störungen im centralen Nervensystem vorzüglich auffallend und constant bei Epileptischen sind, welche ausser der Epilepsie noch andere Hirnsymptome, namentlich tiefere Störungen der Intelligenz und der Bewegungsorgane zeigten, während bei Epileptischen, deren Intelligenz und deren Bewegung vollkommen intact, der anatomische Erfund äusserst geringfügig ist oder die Nervencentra selbst vollkommen normal gefunden werden.

Man bemerkt dabei, dass entweder die Epilepsie nach einer acuten Gehirnkrankheit zurükbleibt,

oder dass während der Epilepsie in der Stille sich ein weiteres Hirnleiden ausbildet,

oder endlich, dass in den Leichen von Epileptischgewesenen anatomische Veränderungen sich vorfinden, welche während des Lebens kein Symptom gegeben hatten.

2) Rükenmark und peripherisches Nervensystem.

Nicht selten scheint die Epilepsie vom Rükenmark auszugehen oder

veranlasst zu werden, in welchen Fällen man eine Verbreitung der Reizung von der Spinalaxe zum Gehirn anzunehmen genöthigt ist. Theils bei functionellen Störungen des Rükenmarks reihen sich nicht selten epileptische Anfälle an, theils kommen sie bei anatomischen Veränderungen, zumal des oberen und des verlängerten Marks vor. — Ebenso geht in vielen Fällen der epileptische Anfall vom peripherischen Nervensystem aus und stellt sich somit in der Art reflectirter Convulsionen dar; und nicht nur einzelne Paroxysmen werden zuweilen durch einen Stoss, eine Verlezung, einen Schmerz in einzelnen Nervenbahnen hervorgerufen, sondern es ist auch ganz unzweifelhaft, dass durch Narben, in welche Nerven eingeheilt sind, durch drükende Geschwülste, Neurome Epilepsieen hervorgerufen werden und nach der Beseitigung der Ursache nicht wieder sich zeigen.

Am verlängerten Mark fand man bei Epileptischen mannigfache Veränderungen, vornehmlich Induration der Oliven, welche Guislain in zwei Dritttheilen seiner Sectionen von Epileptischen gefunden haben will; aber auch an dem übrigen Marke hat man bei Epileptischen die verschiedenartigsten Gewebsstörungen vorgefunden: bald Erweichungen einzelner Stellen, bald Indurationen, bald eine grössere Zähigkeit des ganzen Marks, bald Concretionen zwischen den Häuten u dergl. m. — In Betreff der Beziehung der Epilepsie auf einzelne peripherische Nervenstämme ist man wohl häufig geneigt gewesen, auf blosse Empfindungen des Kranken hin (während der Vorläufer, während der Intervalle) den pheripherischen Ursprung zu vermuthen. Es ist aber ohne allen Zweifel, dass auch bei Epilepsieen mit entschieden centraler Genese sehr oft die subjectiven Empfindungen der Vorboten sich mit einer gewissen Beständigkeit auf eine einzelne Extremität beschränken und ohne Zweifel dabei central entstandene Empfindungen excentrisirt werden; daher kann aus der Art und dem Size der Empfindungen des Kranken wenigstens mit Sicherheit nichts für den peripherischen Ursprung der Anfälle gefolgert werden; nur da, wo sich zugleich locale Veränderungen an Nervenstämmen objectiv nachweisen lassen und noch mehr da, wo nach deren Beseitigung auch die Epilepsie aufhört, ist man berechtigt, den Ursprung der Krankheit in die einzelne Nervenbahn zu versezen. Solche Fälle aber sind im Vergleich zu der Zahl der Epileptischen überhaupt sehr sparsam.

3) Brustorgane.

Die Epilepsie kann sich zu heftigeren, ursprünglich auf die Brustorgane beschränkten Krampfzufällen hinzugesellen, und man sieht zuweilen das Asthma, den Keuchhusten, heftige Palpitationen in epileptische Paroxysmen übergehen und danach epileptische Anfälle, auch ohne neue Veranlassung, durch den localen Krampf habituell werden. — Auch manche anatomische Störungen der Brustorgane, der Lungen wie des Herzens, hat man in Causalbeziehung zur Epilepsie gebracht, worüber jedoch die Thatsachen noch nicht entscheidend genug sind.

Die Aufstellung einer sogenannten Brustepilepsie ist früher auf ziemlich vage Indicien hin versucht worden (Autenrieth, Versuche I. 304), und ebenso ist die symptomatische Rechtfertigung der Annahme einer solchen specifischen Form (grosse Athemnoth, unregelmässige oder ganz suspendirte Zwerchfellbewegungen, Präcordialangst, Gefühl der Zusammenschnürung des Thorax) mindestens eine ungenügende, da dieselben Symptome bei jedem completen Anfall und bei vielen rudimentären sich zeigen können, wenn auch deren entschiedenster Ausgangspunkt im Gehirn liegt. In den Fällen, in welchen von localen Krämpfen der Respirationsorgane aus die Epilepsie sich entwikelt, ist meist nur in den ersten Paroxysmen der Ursprung erkenntlich und die einmal habituell gewordenen Anfälle unterscheiden sich nicht mehr von andern Epilepsieen; auch gibt es keine anatomische Störung in den Luftwegen, welche in irgend überwiegenderer Weise bei Epileptischen vorkäme oder gar als Ursache der Epilepsie bezeichnet werden könnte. In neuerer Zeit hat Marshall Hall das Wesen der schwereren Grade der Epilepsie in einem Glottiskrampf finden zu können geglaubt und darauf sogar eine angeblich erfolgreiche

Therapie (die Tracheotomie) empfohlen, wodurch wenigstens die schweren Anfälle in leichte (Trachelismus genannt) verwandelt werden sollen. Aber wenn auch bei dem completen Anfall ein Glottiskrampf im Momente des Paroxysmus einzutreten pflegt, so zeigen doch die zahlreichen rudimentären Formen und ihr unmerklicher Anschluss an die completen, welch leztere sich aus jenen so oft allmälig entwikeln, dass der Glottiskrampf keine wesentlich ursächliche Erscheinung ist und dass von ihm aus nicht der ganze Complex der Symptome abgeleitet werden kann.

Das Herz hat man bei Epileptischen oft hypertrophisch gefunden, was vielleicht mehr eine Folge der Krämpfe, als eine Ursache derselben sein dürfte; dagegen wäre es nicht unmöglich, dass eine ungewöhnliche Kleinheit des Organs die Veranlassung zu epileptischen Anfällen werden kann. Alle andern anatomischen Störungen, welche man bei Epileptischen am Herzen findet, können nur in einen sehr lokeren Zusammenhang mit dieser Krankheit gebracht werden, da sie so oft ohne alle epileptische Anfälle vorkommen. Dass dagegen bei Disponirten durch heftige Palpitationen oder durch die in Folge einer Herzkrankheit herbeigeführte vorübergehende Unordnung der Circulation epileptische Paroxysmen herbeigeführt werden können, kann nicht bezweifelt werden.

4) Unterleibsorgane.

Unter allen extracephalen Organen scheint am häufigsten die Epilepsie im Ganzen, wie der einzelne Anfall durch Störungen der Unterleibsorgane angeregt, veranlasst und verursacht werden zu können.

Zunächst können Magenüberladungen, Indigestionen oder eine hartnäkige Obstruction bei Disponirten Ursache der Epilepsie werden oder und noch vielmehr bei schon bestehender Krankheit die Anfälle herbeiführen und vermehren, sowie Recidive bewirken.

Die Gegenwart von Würmern, namentlich grösserer Mengen von Spul- und Madenwürmern im jugendlichen und die Anwesenheit eines Bandwurms im reiferen Alter wurde in einzelnen Fällen als kaum zu bezweifelnde Ursache epileptischer Anfälle gefunden und die Heilung der Epilepsie durch die Entfernung der Entozoen bewerkstelligt.

Zweifelhafter ist die Entstehung der Epilepsie durch Gallensteine, durch Dislocationen der Därme und durch Darmkrebs.

Sehr häufig tritt die Epilepsie in Folge von Störungen in den weiblichen Genitalien ein, sowohl durch Unterdrükung und andere Anomalieen der Menstruation, als durch die Schwangerschaft und durch die verschiedenartigsten Krankheiten des Uterus und der Ovarien.

Beim männlichen Geschlecht haben häufiger die Functionsunregelmässigkeiten, als wirkliche Krankheiten der Genitalien Epilepsie zur Folge: vor Allem Onanie, aber auch zu häufig wiederholter Beischlaf und Abstinenz.

Die Fälle, in welchen durch Magenüberladungen, anhaltende Obstruction die Krankheit selbst hervorgerufen wurde, sind wohl nicht häufig, mindestens muss ein höherer Grad von Disposition dabei vorausgesezt werden. Um so häufiger und fast alltäglich ist es, dass diese Ursachen bei schon Epileptischen gesteigerte und cumulirte Anfälle veranlassen, nach längeren Pausen die Rükkehr der Anfälle herbeiführen, Recidive bewerkstelligen und die Heilung vereiteln. — Die Entstehung der Epilepsie durch Würmer im Darm, welche von manchen Seiten ihrer Unerklärlichkeit wegen angefochten wurde, steht fest und ist ein nicht ganz seltenes Factum. Allerdings bleibt bis jezt dunkel, woher es kommt, dass bei der grossen Häufigkeit dieser Parasiten nur einzelne Individuen unter ihrem Einfluss epileptisch werden, und es lässt sich nicht entscheiden, ob der Grund davon in der Menge oder in dem Size der Entozoen, in der individuellen Empfindlichkeit des Darms oder in der Disposition des Individuums zur Epilepsie selbst liege. In manchen Fällen werden, zumal bei Kindern, bei Anwesenheit dieser Parasiten im Darm zuerst unbestimmtere Krampfzufälle beobachtet, die nach häufigerer Wiederholung endlich den Typus der Epilepsie annehmen.

Bei Störungen der Menstruation oder bei irgend welchen Einwirkungen während des Monatsflusses sieht man nicht selten Krampfanfälle eintreten, welche die vollste Aehnlichkeit mit einem epileptischen Paroxysmus haben, aber sich nicht weiter wiederholen oder auch nur bei einer ähnlichen Veranlassung wiederkehren. In diesen Fällen ist man nicht berechtigt, dieselben als wirkliche Epilepsie zu bezeichnen, wohl aber kann sich hierdurch eine Art von Disposition ausbilden, in Folge welcher auf geringfügige Veranlassungen neue ähnliche Anfälle wiederkehren und zuletzt auch ohne alle Gelegenheitsursachen und spontan sich wiederholen und damit eben nach allen Beziehungen den Character der Epilepsie annehmen. — Ebenso können in der Schwangerschaftsperiode zuweilen vereinzelte epilepsieartige Anfälle vorkommen, die ohne weitere Consequenzen sind, an die sich aber unter Umständen die Krankheit mit ihren habituellen Paroxysmen anschliessen kann. — Bei den Epilepsieen, welche von Krankheiten des Uterus und der Ovarien ausgehen, zeigen sich meist in der ersten Zeit mehr hysterische Formen, die erst allmälig sich den reinen epileptischen Anfällen nähern und nur zuweilen schliesslich den Typus der gewöhnlichen Epilepsie annehmen.

Es ist notorisch, dass bei Onanisten die Epilepsie eine sehr gewöhnliche Krankheit ist. Aber auch bei excessivem Coitus kommt sie nicht selten zustande, und zuweilen geschieht es, dass der epileptische Anfall während des Coitus selbst zum Ausbruch kommt, doch wohl mehr bei Solchen, welche schon früher epileptische Paroxysmen gehabt hatten.

5) Wieweit von der Haut und vom Muskelsystem aus Epilepsieen entstehen können, ist fraglich. In ersterer Beziehung ist es nicht unwahrscheinlich, dass in den angeführten Thatsachen die Störung der Hautthätigkeit nur durch Vermittelung einer localen Affection im Gehirn oder im Rükenmark die Epilepsie zuwegegebracht hat. In Betreff der Muskel können aber übermässige Anstrengungen, sowie locale Krämpfe vielleicht Epilepsieen bewirken.

Nach dem Verschwinden von Hautausschlägen, zumal am Kopfe, oder nach deren unvorsichtiger Heilung brechen zuweilen Convulsionen aus, die sich zu Epilepsie gestalten können. Aber es ist nicht unwahrscheinlich, dass dabei locale Veränderungen im Gehirn das Mittelglied bilden. Wenn durch Unterdrükung von Fussschweissen Epilepsieen entstanden sein sollen, so mag ein ähnlicher Zusammenhang stattgefunden haben. Die Autenrieth'sche Fabel von der Epilepsie durch unterdrükte Kräze wird heutzutage von Niemand mehr geglaubt und die jezt an allen Orten ohne nachtheilige Folgen ausgeführten raschen Heilungen dieses Uebels durch örtliche Applicationen haben zur Genüge bewiesen, dass, wenn Convulsionen in irgend einem Zusammenhang mit den durch die Krätzmilbe hervorgebrachten Hautveränderungen entstanden sind, die Ursache davon mindestens nicht in der Vertilgung dieses Parasiten liegen kann. Die Hautkrankheit, welche die Milbe veranlasst, mag bei empfindlichen oder disponirten Subjecten zuweilen epileptische Anfälle in der Art reflectirter Krämpfe hervorbringen, ungeeignete und plumpe Heilversuche mögen in derselben Richtung zuweilen als Schädlichkeit wirken, aber das Vorkommen einer specifischen Kräzepilepsie steht in Widerspruch mit aller genauen Beobachtung.

Uebermässige Muskelanstrengungen sind zuweilen von epileptischen Anfällen gefolgt, wobei übrigens der Zusammenhang ein sehr verschiedenartiger sein kann. Locale Krämpfe können durch Ausdehnung ebensowohl wie allgemeine spasmodische Zufälle der verschiedensten Art den Typus der Epilepsie allmälig annehmen oder rasch in denselben umschlagen.

III. Pathologie.

Die Epilepsie ist eine chronische Erkrankungsform, deren wesentlicher Character in krampfhaften Paroxysmen liegt, welche Intervalle zwischen sich haben, die bald kürzer, bald länger dauern, von Symptomen frei oder doch relativ frei sind und nur in complicirten und secundären Fällen oder aber nach längerem Bestehen der Krankheit hervortretende Erscheinungen zeigen.

Die Paroxysmen der Epilepsie treten entweder isolirt auf oder sind mehrere zu einer Anfallsgruppe vereinigt.

Der einzelne Paroxysmus kann complet oder rudimentär, rein oder complicirt, überhaupt normal oder anomal sein.

Fälle von epileptischen Krämpfen, bei welchen nur ein Paroxysmus oder eine einzelne Paroxysmengruppe sich zeigt, lassen niemals eine sichere Beurtheilung zu. Sie können von einer einmaligen momentanen oder doch ganz transitorischen Gehirnstörung, zuweilen einer Hyperämie, andere Male von einer plözlichen Anämie oder einer acuten Intoxication, meist von einer nicht diagnosticirbaren Alteration des Gehirns abhängen und als isolirte Ereignisse ohne weitere Bedeutung sein. Sie können aber auch das erste Symptom einer noch latenten Krankheit oder die Folge längst vorhandener Veränderungen im Gehirne (Tumoren, Abscesse etc.) sein; oder aber den ersten vereinzelten Vorläufer einer vielleicht erst nach Jahren sich entwikelnden Epilepsie darstellen.

A. Die Paroxysmen der Epilepsie.

1) Die Vorboten der Paroxysmen.

Dem einzelnen epileptischen Anfalle gehen zuweilen, ungefähr in der Hälfte der Fälle, Vorboten voran. Diese Vorboten sind theils entfernte, die mehrere Stunden, selbst Tage zuvor den Anfall ankündigen, theils nahe, welche dem Anfall unmittelbar vorausgehen und nur Momente, höchstens Minuten lang dauern. Leztere sind gewöhnlicher und finden sich etwa in zwei Fünfteln der Fälle; die entfernten dagegen werden kaum halb so oft beobachtet. Nie oder höchst selten wird ein Anfall durch nahe und entfernte Vorboten zugleich angekündigt.

Die entfernten Vorboten bestehen in beengtem Athem, Herzpalpitationen, Appetitlosigkeit, Verfärbung des Gesichts, Dilatation der Pupillen, Kopfweh, Sinneshallucinationen, Schwindel, in Veränderung des Benehmens, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, oder Unruhe und Aufregung, Angst, in leichter, wie rauschartiger Umneblung des Geistes, selbst in wirklicher Geistesverwirrung, zuweilen in leichteren oder schwereren maniacalischen Ausbrüchen — kurz, in allgemeinen Erscheinungen der Functionen des Nervensystems. Sie halten längere Zeit an oder steigern sich sogar bis zum Ausbruche des Paroxysmus.

Die nahen Vorboten sind immer sehr kurzdauernd und bestehen mehr in localen Sensibilitätserscheinungen: in Empfindungen von Wärme oder Kälte, in dem Gefühle eines schwachen Hauches oder Luftzuges, in Ameisenlaufen, welche Empfindungen von den Extremitäten gegen die Centren hin (Herzgrube, Gehirn) rasch vorschreiten; zuweilen beobachtet man auch ein Zittern oder leichte Zukungen an den Enden der Gliedmaassen, an einem oder an mehreren Fingern oder an den Fusszehen; nicht selten endlich kündet Erbrechen den Anfall an. Die obengenannten Sensibilitätserscheinungen verbreiten sich selten nach dem Verlaufe eines Nervenstamms, öfter nach der Contiguität des Gliedes, oft so rasch, dass man von keiner Bahn derselben sprechen kann. Man nennt sie nach dem am häufigsten vorkommenden Symptom Aura epileptica.

In nicht seltenen Fällen gehen bei Kranken, die sonst Prodromalsymptome zeigen, dem einen oder dem andern Anfalle keine Vorboten voran, sowie andererseits und nicht weniger häufig, trozdem dass die Vorboten unzweifelhaft da waren, kein Anfall eintritt. — Die Vorboten sind übrig-

ens bald immer von gleicher Dauer und Intensität, bald wechseln sie nach Stärke und Zeitlänge, häufig aber sind sie lang genug, dass der Kranke eine günstige Lage annehmen oder gefährliche Orte, an denen er sich gerade aufhält, meiden kann.

In Betreff der Häufigkeit des Vorhandenseins von Prodromalsymptomen herrschen noch mannigfache Differenzen in den Angaben. Denn während Georget dieselben nur in 4—5 % der Fälle beobachtete, kommen nach einer Statistik Beau's auf 100 Fälle von Epilepsie 17mal entfernte und 37mal nahe Vorboten und sah Herpin, welcher die nahen Vorboten zum epileptischen Paroxysmus selbst rechnet, die entfernten bei 9 Kranken von 35. Diese Differenzen mögen zum grossen Theil von dem Alter und dem Bildungsgrade der zur Statistik verwandten Kranken herrühren, indem Kindern, sowie ungebildeteren und geistesärmeren Erwachsenen feinere subjective Empfindungen nicht zum Bewusstsein kommen. — Nahe sowohl als entfernte Vorboten bieten übrigens die grössten Mannigfaltigkeiten dar, so dass eine weitere Aufzählung derselben rein unmöglich ist. Die nahen Prodromi können geradezu von jedem Theile des Körpers ausgehen; sie können ebensowohl in Theilen mit animalischen, als in solchen mit vegetativen Muskelfasern ihren Ursprung nehmen, wenngleich Fälle lezterer Art, welche die Alten mit dem Namen der Epilepsia ex ore ventriculi, ex utero etc. bezeichneten, häufig nur hysterische Anfälle sein dürften. — Die Aura epileptica hat man vielfach als einen Beweis der peripherischen Natur der Epilepsie angesehen, aber mit Unrecht: denn wenn sie auch allerdings in manchen Fällen gerade von dem kranken Nerven ausgeht, so kommt sie doch auch bei entschieden centraler Epilepsie sicher vor.

2) Zeit des Eintritts der Paroxysmen.

Der Eintritt eines Paroxysmus hängt sehr häufig von Zufälligkeiten ab, und alle die Umstände und Einwirkungen, welche die Krankheit im Ganzen hervorzubringen vermögen, können schon bei geringerer Intensität den Ausbruch eines Anfalls determiniren. Aber die Anfälle kommen auch spontan und sie sind dabei an keine Zeit und an keinen Rhythmus gebunden: sie können zu jeder Stunde des Tags und der Nacht erfolgen. Doch zeigt sich in der Mehrzahl der Fälle, dass eine gewisse Ordnung in Betreff ihres Wiedereintritts stattfindet, welche freilich durch viele zufällige Einflüsse gestört werden kann; die Anfälle kommen nämlich entweder überwiegend, ja selbst ausschliesslich bei Tag, oder überwiegend und ausschliesslich bei Nacht. Sie zeigen ferner eine gewisse Regel in der Dauer der Pause, nach der sie sich wieder einstellen, ohne jedoch dabei irgend einen bestimmten Rhythmus einzuhalten. Doch ist diese Regelmässigkeit in vielen Fällen nur transitorisch, und Epilepsieen, bei denen eine Zeitlang die Anfälle nach langen Intervallen erfolgten, können auf einmal kurz unterbrochene Paroxysmen zeigen.

Die Regel, welche in der Wiederkehr der Anfälle stattfindet, ist die, dass Epilepsieen, welche einmal lange Pausen zwischen den Paroxysmen lassen, nicht ohne besonderen Grund rasch sich folgende Anfälle zeigen und dass andererseits, wenn die Anfälle gewöhnlich in kurzen Fristen auf einander folgen, es nicht als ein Zufall, sondern als eine Aenderung in dem Befinden des Kranken angesehen werden muss, wenn längere Pausen eintreten. Doch ist dabei zu beachten, dass es in der Art mancher Fälle von Epilepsie liegt, Paroxysmengruppen zu bilden, zwischen deren einzelnen Anfällen nur kurze Fristen sich befinden, während nach der Gesammtgruppe von Paroxysmen eine längere, bald ganz freie, bald nur sparsame und seltene Anfälle zeigende Pause folgt. — Ziemlich selten ist es, dass die epileptischen Paroxysmen einen Rhythmus einhalten, und meist ist eine derartige Regelmässigkeit nur während einer beschränkten Zeit zu beobachten und gehen die Anfälle bald wieder zur Rhythmuslosigkeit über.

Nach der allgemein gangbaren Ansicht sind die Tagesepilepsieen überwiegend häufiger, als die zur Nachtzeit eintretenden epileptischen Paroxysmen. Hiermit stimmen unter Anderen auch Herpin's Angaben überein, nach welchem die An-

fälle unter 48 Kranken bei 33 immer oder am häufigsten am Tage, bei 9 immer oder am häufigsten des Nachts, bei 3 gleichmässig zur Tag- und zur Nachtzeit erschienen; 3 Kranke konnten keine Auskunft geben. Zu abweichenden Resultaten kommen jedoch Everts und van Leeuwen (Henle und Pfeufer, Zeitschr. f. rat. Med. N. F. III. 1. 1853), nach welchen die Epileptischen männlichen Geschlechts öfter bei Tage, die weiblichen dagegen öfter bei Nacht von den Paroxysmen befallen werden. Der Tag ist von Morgens 6 Uhr bis Abends 6 Uhr, die Nacht von 6 Uhr Abends bis 6 Uhr Morgens gerechnet. Es hatten nämlich 15—17 männliche Kranke epileptische Anfälle

Mai:	Juni:	Juli:
171 bei Tag, 64 bei Nacht,	205 b. T., 67 b. N.,	155 b. T., 72 b. N.

12—13 weibliche Kranke epileptische Anfälle

Mai:	Juni:	Juli:
131 bei Tag, 318 bei Nacht,	150 b. T., 290 b. N.,	179 b. T., 180 b. N.

Bei der Eintheilung eines 24stündigen Zeitraums in kleinere Abtheilungen ergab sich Folgendes. Von 13 epileptischen Frauen hatte nur eine mehr Anfälle bei Tag, als bei Nacht; bei den übrigen fielen die meisten epileptischen Nachtanfälle in die Zeit von 9 bis 3 Uhr. Unter 616 von Abends 6 bis Nachts 12 Uhr eintretenden Anfällen bei Frauen fielen 136 auf die Zeit von 6—9 Uhr, 480 auf die Zeit von 9—12 Uhr. Von 17 epileptischen Männern war bei 6 die Summe der Anfälle bei Tag und Nacht so gering, dass sie nicht in Rechnung zu ziehen sind; 2 hatten fast gleichviel Anfälle bei Tag und bei Nacht; bei 4 Kranken übertrifft die Zahl der Nachtanfälle die des Tags, bei 5 kommen mehr Anfälle auf den Tag, als auf die Nacht.

3) Der vollständige reine einzelne Anfall.

Der Anfall selbst beginnt in vielen Fällen mit einem plözlichen, oft brüllenden, erschrekenden Schrei, mit welchem der Kranke sogleich bewusstlos zu Boden stürzt. In dem Momente des Niederstürzens sind seine Muskel bereits starr. Sind die Extensoren zuerst erstarrt, was das Gewöhnlichste ist, so fällt der Kranke nach hinten; erstarren die Flexoren früher, so stürzt er nach vorn. Er liegt nun starr mit nach hinten gebeugtem Kopfe da, hat weitgeöffnete Augen mit wildem, stierem Blik, der Mund steht offen und die Zunge liegt zwischen den Zähnen, der Athem ist angehalten, alle Muskel sind im Zustande krampfhafter tonischer Erstarrung. Nachdem dieser Zustand meist nur wenige Momente, mindestens nur sehr kurze Zeit, selten länger angedauert hat, erfolgen einzelne heftige Ruke und plözliche Zukungen, auf die wieder Starrheit folgt und wobei sehr häufig durch das plözliche Schliessen des Mundes die Zunge verlezt wird; sofort aber entwikelt sich das convulsivische Spiel der Muskel in abwechselnden Contractionen und Erschlaffungen sämmtlicher oder sehr vieler Muskel, wodurch ein gewaltsames Beugen, Dehnen und Drehen entsteht, der Rumpf bald nach rükwärts gebogen, bald nach vorwärts gerichtet wird, bald sich nach den Seiten krümmt, bald umherwälzt. Dabei verdrehen sich die Glieder heftig und schlagen um sich, die Finger, namentlich die Daumen, sind in die Hohlhand eingeschlagen, die Zehen gekrümmt, die Gesichtszüge verzerren sich, die Augen rollen in den Höhlen umher oder schielen, das Zwerchfell arbeitet krampfhaft, das Athmen ist stürmisch, aber oberflächlich, sehr häufig ist ein Glottiskrampf vorhanden, der durch die heftigen Anstrengungen der Respirationsmuskel nur für Augenblike und ungenügend überwunden wird. Die Herzthätigkeit ist meist beschleunigt; zuweilen wird auch jezt noch hin und wieder ein unarticulirter Schrei in Momenten, in denen die Glottis sich öffnet, ausgestossen. — Dabei schwillt allmälig das Gesicht an, wird roth, sofort blau; die Halsvenen und Kopfvenen turgesciren; die Zähne werden an einander hin- und hergerieben oder ist zuweilen vollkommener Trismus vorhanden.

Durch die Contraction der Kaumuskel wird aus den Speicheldrüsen Speichel ausgepresst, welcher entweder hörbar verschlukt, oder mit rasselndem Geräusche in der Mundhöhle hin- und herbewegt wird, oder endlich mit Blut vermischt und in Blasenform vor den Mund tritt. Die Zunge ist angeschwollen und in einer zitternden Bewegung begriffen, dabei oft nach hinten eingerollt und mit der Spize gegen das Gaumengewölbe gerichtet; oder sie wird von den Zähnen festgehalten, eingebissen und ragt zwischen den Lippen vor. Oft ist der Penis steif, Fäces und Harn, zuweilen der Samen werden ausgepresst; der Bauch treibt sich häufig tympanitisch auf. Bei all dieser Aufregung ist die Haut meist kalt und troken. — In dieser Periode ist der Kranke vollkommen bewusstlos, gegen alle Sinnes- und Gefühlseindrüke vollkommen unempfindlich. Selbst gegen die bedeutendsten Verlezungen bleibt er indifferent; die Iris, gleichviel ob die Pupille verengt oder erweitert ist, reagirt gegen das stärkste Licht nicht; und ebenso bleiben alle übrigen sogenannten Reflexbewegungen aus.

Nachdem dieser Zustand von einigen Secunden oder Minuten bis zu einer Viertelstunde, selten länger gedauert hat, lassen die Krämpfe allmälig nach und es kommen wieder mehr isolirte und stossweise Zukungen. Das Athmen wird ruhiger, tiefer und seufzend, das Auge schliesst sich matt, das kurz zuvor noch blaurothe Gesicht erblasst allmälig, die Züge erschlaffen und der Kranke bleibt noch einige Minuten, wohl auch länger in einem tiefen Sopor, während dessen oft die Respiration stertorös bleibt. Das Erwachen daraus geschieht nur langsam: die Perception ist anfangs noch sehr unvollkommen, der Blik blöde und wie abwesend oder erstaunt, das Gehör vermag die Worte nicht zu unterscheiden, wenn es auch die Töne hört. Allmälig zu sich gekommen ist der Kranke matt, schläfrig, abgeschlagen, er gähnt und strekt sich; sein Kopf ist wüst, oft ist auch lebhaftes Kopfweh oder sind Schmerzen oder unangenehme Gefühle in den Gliedern, Schmerzhaftigkeit des Unterleibs, zuweilen mit meteoristischer Auftreibung vorhanden, oder tritt Erbrechen ein. Von dem Anfalle und Allem, was dabei mit ihm vorging, hat der Kranke keine Erinnerung; von den Vorboten weiss er nur bis zu einem bestimmten Punkte. Der Kranke bleibt jezt noch längere Zeit wie umnebelt, unfähig deutlich zu percipiren und zu denken, ist nicht recht Herr seiner Muskel, welche noch steif und unnachgiebig bleiben; gewöhnlich verlieren sich diese Erscheinungen nur sehr allmälig, oft erst nach einigen Tagen. Zuweilen tritt Irrereden nach dem Anfalle ein. Nicht selten bleiben auch Contracturen oder Paralysen einzelner Muskel zurük: der Mund steht längere Zeit schief, oder erhält sich ein mässiger Trismus, die Augen schielen, das eine oder andere Glied ist halb oder ganz gelähmt oder von fast unüberwindbaren Contracturen befallen.

Der Schrei, mit welchem der epileptische Paroxysmus oft beginnt, ist nach **Beau** der Ausdruk der Ueberraschung des Kranken durch den Anfall und darf desshalb nach ihm nicht zu den Symptomen des epileptischen Paroxysmus gerechnet werden. Nach **Herpin** ist der Schrei ausserdem auch Folge der schmerzhaften Zusammenziehungen dieser oder jener Muskel, welche häufig dem epileptischen Anfall vorausgehen. **Beau** fand den Schrei bei 38 von 42 Epileptischen, welche keine nahen Vorboten hatten. Nach **Herpin** dagegen kommt der Schrei bei mehr als der Hälfte von Epileptischen mit vollständigen Anfällen vor, ist aber nur bei einem Drittel derselben mehr oder weniger constant; er kommt nie beim epileptischen Schwindel

oder bei unvollständigen Anfällen vor; die Anfälle, denen er vorausgeht, sind fast stets heftig. Bei kleinen Kindern kommt nach Herpin statt des Schreies häufig Thränenerguss vor. — Das Niederstürzen der Epileptischen zu Anfang des Anfalls kommt häufiger vor, als das Ausstossen eines Schreies. Je jäher die Kranken zu Boden stürzen, um so heftiger ist nach Herpin im Allgemeinen der Anfall.

Die Anhäufung von Speichel im Munde ist nach Herpin eins der constantesten Zeichen des epileptischen Anfalls und fehlt selbst bei dem sogenannten epileptischen Schwindel nicht. Herpin gibt folgende Statistik über das weitere Verhalten des in der Mundhöhle angehäuften Speichels, welche auf 53 epileptischen Anfällen, die zum grössten Theil verschiedene Individuen betrafen, basirt. Der Speichel bildete 2mal eine sehr grosse, 16mal eine mässige, 2mal eine geringe Menge blasigen Schaums vor dem Munde; 4mal war die Schaumbildung nicht constant; 5mal war der Speichel nicht schaumig, sondern floss einfach aus dem Munde heraus; 3mal fehlte der Schaum und ist nichts Weiteres von der Speichelsecretion angegeben; 9mal wurde der Speichel mit einem rasselnden Geräusch in der Mundhöhle hin und her bewegt; 5mal wurde er hörbar verschlukt; 1mal war Leerschluken vorhanden; 1mal Bewegungen des Unterkiefers gegen den Oberkiefer; 2mal fand sich keins der genannten Phänomene; in 3 Fällen vermochte Herpin keine Auskunft zu erhalten.

Die Hauthyperämie steigert sich bisweilen zu einem so hohen Grade, dass Gefässe reissen und namentlich um die Augenhöhlen und in der Nähe der Ohren kleine Ecchymosen zurückbleiben.

4) Unvollkommene und abweichende Formen des epileptischen Anfalls.

Zunächst ist die Intensität der epileptischen Paroxysmen sehr verschieden und zwar nicht nur bei verschiedenen Kranken, sondern selbst ein und derselbe Kranke kann bald einen Anfall von grosser Heftigkeit und längerer Dauer, bald einen schwachen, nur kurzwährenden und rudimentären Anfall haben.

In ganz leichten epileptischen Anfällen tritt sogar nur Schwindel und eine vorübergehende Anwandlung von Abschwächung der Besinnung ein. Der Kranke hat entweder nur Schwindel mit ganz schwacher Umneblung des Bewusstseins; oder er stokt mitten in der Rede, taumelt etwas, sein Gesicht wird blass, es zeigen sich wohl auch einige sonderbare Gesticulationen; oder er lässt, ohne selbst niederzustürzen, fallen, was er eben in der Hand hielt. Nach ein paar Secunden fährt er in seiner Rede fort, oder er kommt wieder zu sich, ist verwundert, dass ihm Etwas aus der Hand entfallen war und kann sich keine Rechenschaft über das Vorgegangene geben.

In etwas höheren, aber immer noch rudimentären Graden kommt es zu einer Unmacht, die sich aber häufig durch Verzerrung der Gesichtszüge, Verdrehung der Augen, durch Contraction einzelner Gliedermuskel oder einzelne convulsivische Stösse schon deutlicher als fragmentarische Epilepsie verräth, um so sicherer, wenn, wie nicht selten, einem solchen Anfalle eine Aura vorausgeht.

In manchen Fällen treten neben der Bewusstlosigkeit und Unempfindlichkeit Krämpfe, aber nur in einzelnen Muskeln oder nur in einer Seite des Körpers ein; oder es findet eine mehr oder weniger ausgebreitete Starrheit, ein langsames Drehen und Niedersinken statt; oder es treten nur leichte Zukungen in einzelnen Muskeln, in den Lippen, in den Augenmuskeln, convulsivische Bewegungen mit dem Unterkiefer, unwillkürliche wiederholte Schlingbewegungen u. dergl. ein. Aber alle diese Erscheinungen sind wichtig, weil sie oft längere Zeit den ausgebildeteren Parox-

ysmen vorangehen, oder beim Vorhandensein der Epilepsie mit vollkommenen Anfällen abwechseln.

Andere Male stürzt der Kranke plözlich, ohne Vorläufer hin, oft mit dem Gefühle, als hätte ein Schlag in das Genik ihn hingestrekt. Er bleibt einige Zeit wie gelähmt und dann kommen nur leichte Zukungen, auf welche wieder Sopor mit muscitirenden Delirien eintritt. Dann erwacht der Kranke mit umnebelten Sinnen und verstörtem Geiste und erholt sich nur sehr allmälig.

In manchen Fällen, vornehmlich bei Nachtepilepsie ist der epileptische Paroxysmus mit einem Gefühle von Zusammenschnürung der Brust, das den Kranken zu heftigem Keuchen veranlasst, verbunden. Wird der Kranke dadurch aus dem Schlafe erwekt, so tritt oft jezt erst unter zunehmender entsezlicher Oppression und Angst, zuweilen auch nach einem äusserst heftigen krampfhaften Hustenanfall unvollständige Besinnungslosigkeit mit mehr oder weniger starken convulsivischen Bewegungen ein, und wenn der Kranke wieder zu sich kommt, ist er im höchsten Grade ermattet und abgeschlagen.

In manchen Fällen findet sich statt der vollkommenen Bewusstlosigkeit über die ganze Dauer des Anfalls oder im Anfange oder gegen das Ende desselben eine Verwirrung des Geistes oder eine völlige maniacalische Aufregung, wobei die Convulsionen zurüktreten, dagegen meist Verzerrungen des Gesichts, mehr langsame Verdrehungen der Glieder bestehen. Hiedurch bilden diese Anfälle die Uebergänge zur Manie. Sie können sich, besonders wenn der maniacalische Raptus den epileptischen Convulsionen sich anschliesst und aus ihnen sich entwikelt, mehrere Stunden und noch länger ausdehnen. — Ebenso werden mannigfache Uebergangsformen der epileptischen Anfälle zu den hysterischen, zu cataleptischen und Choreakrämpfen hergestellt, wobei es oft ganz unmöglich bleibt, zu bestimmen, ob man den Paroxysmus mehr zur Epilepsie oder zu den leztеren Krampfformen rechnen soll, und wobei im Laufe der Zeit die Paroxysmen entweder mehr reinen Formen sich nähern, z. B. von den hysteroepileptischen Krämpfen immer mehr zu den rein epileptischen übergehen, oder aber aus reinen Formen sich nach und nach Mischformen entwikeln.

Es ist kaum nöthig zu erinnern, dass alle diese verschiedenen Formen von Anfällen sich nicht streng und ebensowenig von den vollkommen ausgebildeten Paroxysmen unterscheiden lassen. Die gemeinsten Fälle sind die vollkommensten, d. h. heftige und ausgebreitete Convulsionen mit vollkommenem Verlust des Bewusstseins und der Perception; nach ihnen am häufigsten dürften sich solche Fälle finden, in welchen derartige Paroxysmen mit unvollkommenen, rudimentären und gemischten Anfällen abwechseln; jedoch ist es nicht möglich, in dieser Beziehung genaue comparative Thatsachen festzustellen, da es in der Natur der Sache liegt, dass die incompleten Anfälle von den Kranken und ihren Angehörigen übersehen und verkannt werden und darum auch weit seltener zur ärztlichen Beobachtung gelangen.

Wenn der vollkommene epileptische Anfall durch den Schrei, mit dem er eintritt, die momentane Unterbrechung der Respiration, den plözlichen Verlust des Bewusstseins, die Unempfindlichkeit aller Sinne, die clonisch-tonischen Krämpfe, das Vordringen von Speichel aus dem Munde sich vollkommen characterisirt, keine Schwierigkeit in der Diagnose macht und nur von dem Unkundigen übersehen und verwechselt werden kann, so ist dagegen in vielen Fällen anomaler, rudimentärer und gemischter Paroxysmen das Urtheil unendlich schwieriger und kann, zumal wenn man sich auf den Kranken selbst nicht verlassen kann und bei ihm eine Geneigtheit zu simuliren oder zu dissimuliren vermuthen muss, geradezu unmöglich werden. Es gibt kein einziges Zeichen, welches den epileptischen oder zur Epilepsie gehörigen Anfall

mit Bestimmtheit von andern ähnlichen Zufällen unterscheiden liesse. Je mehr einerseits Bewusstlosigkeit und andererseits Krämpfe gemeinschaftlich in Paroxysmen auftreten, um so grösser wird die Wahrscheinlichkeit für die epileptische Natur solcher Anfälle. Aber wenn man den einzelnen Anfall isolirt und für sich betrachtet, so wird man niemals, auch nicht in vollständig entwikelten Paroxysmen mit Sicherheit ihn für einen epileptischen erklären dürfen. Nur die Wiederkehr nach mehr oder weniger langen, vollkommen freien Pausen, die kurze Dauer des einzelnen Anfalls und die wenigstens zeitweise mehr hervortretende Annäherung rudimentärer Anfälle an complete und gemischter an reine lässt zu einer festen Diagnose gelangen. — Die Entlarvung simulirter Epilepsieen würde bei gewandten Betrügern geradezu unmöglich sein, wenn diese nicht glüklicher Weise sämmtlich danach trachteten, complete Anfälle darzustellen, in welchem Falle die Durchschauung des Betrugs in den meisten Fällen leicht ist und besonders durch die Beweglichkeit der Iris, die Empfindlichkeit der Haut gelingt. Würde ein Betrüger sich begnügen, nur eine incomplete Form simuliren zu wollen, so wäre es ausserhalb aller Möglichkeit, ihn von Seiten der technischen Diagnose aus zu überführen.

5) Die Vereinigung der Paroxysmen zu Anfallsgruppen.

In vielen Fällen von Epilepsie sind mehrere Paroxysmen zu einer Anfallsgruppe vereinigt. Eine solche schnelle Aufeinanderfolge mehrerer, zuweilen zahlreicher Anfälle, die theils vollständig in einander übergehen, theils kurze und unvollständige Intervalle, theils aber auch vollkommene Intervalle zwischen sich lassen, ereignet sich häufig beim ersten Ausbruch der Epilepsie, vornehmlich wenn dieselbe durch bedeutende Veranlassungen herbeigeführt wurde. Sie kommen ferner im Verlaufe, durch zufällige Einflüsse, auf gemüthliche oder andere starke Einwirkungen nicht selten vor. Endlich aber bringt es in vielen Fällen die Verlaufsart mit sich, dass eine Anzahl Paroxysmen zu einer Gruppe zusammengerükt ist, nach deren Ablauf eine längere Pause eintritt, und dass auch ohne weitere Veranlassungen die wiederkehrenden Anfälle entweder immer oder doch überwiegend abermals eine in einen kurzen Zeitraum zusammengedrängte Gruppe bilden. In solchen Fällen kann dann bei geringerer Aufmerksamkeit die ganze Reihe der Paroxysmen für einen einzigen Anfall gehalten werden und es ist dadurch die Meinung von sehr protrahirten Paroxysmen entstanden.

B. Die Intervalle zwischen den Anfällen.

In den Pausen zwischen den Anfällen zeigen die Epileptischen zuweilen einen ganz ungetrübten körperlichen und geistigen Zustand. Aber es können auch mehr oder weniger schwere Zufälle in den Intervallen fortdauern, und vornehmlich wenn die Intervalle nur kurz sind, so pflegen die Wüstheit des Kopfs und die Eingenommenheit desselben, die Erschwerung aller Bewegung, eine Art von Stumpfsinn und sonstige psychische Störungen sich bis zum neuen Anfall nicht zu verlieren. Aber auch bei längeren Pausen bleiben zuweilen eine geraume Zeit oder in habitueller Weise Erschwerung der Kiefer- und Zungenbewegung, Schlingbeschwerden, Veränderung der Stimme, selbst Stimmlosigkeit, asthmatische Zufälle, Meteorismus, Beschwerden beim Entleeren des Harns und der Fäces, Schmerzen und Abgeschlagenheit der Glieder zurük. Bei längerer Dauer der Krankheit, zuweilen auch schon ziemlich frühzeitig, entstehen mannigfache weitere abnorme Verhältnisse. Die Epileptiker werden schwer umgänglich, launenhaft, reizbar, in ihrem Character bildet sich mehr und mehr ein Zug von Leidenschaftlichkeit aus, in welchem sie nicht selten

übereilt verbrecherische Handlungen begehen. Allmälig nimmt auch das Gedächtniss ab, der Verstand wird schwächer, die Urtheilskraft geringer. Je heftiger und anhaltender die Paroxysmen waren, um so früher ändert sich der ganze Gesichtsausdruk des Kranken: es bilden sich gewisse constante Züge aus, welche im Allgemeinen das Gepräge des Kummers und eines schnellen Marasmus an sich tragen; nicht selten entsteht Strabismus. Einzelne Muskel und Muskelgruppen bleiben entweder nach einem einzigen Paroxysmus in einem Zustande von Schwäche oder selbst von Paralyse zurük, oder verlieren sie nur allmälig im Verlaufe der Krankheit ihre Functionsfähigkeit. Bei vielen Epileptischen wird Aufregung des Geschlechtstriebes, selbst eine excessive Geilheit beobachtet. Durch diese sich anknüpfenden weiteren Störungen kann die Epilepsie selbst complicirter und unreiner werden und nicht selten geschieht es, dass mit dem vorrükenden Blödsinn die Anfälle rudimentär sich gestalten und seltener auftreten.

C. Verlauf der Epilepsie.

Der Verlauf der Epilepsie bietet noch weit grössere Verschiedenheiten dar, als der einzelne Anfall. Es ist selten, dass die Krankheit mit einigen wenigen Anfällen für immer zu Ende ist, und in derartigen Fällen ist die Diagnose immer zweifelhaft und man hat dann kein Recht, von Epilepsie zu sprechen. Vielmehr folgt meist binnen kürzerer oder längerer Zeit ein neuer Anfall: bald erst nach monate- oder jahrelangen Intervallen, bald in kürzester Zeit, bald endlich kommen deren unzählige kurz hinter einander.

Gewöhnlich zeigen bei demselben Epileptischen die einzelnen Anfälle eine ziemliche Uebereinstimmung in der Art und in der Heftigkeit, jedoch werden sie bei längerer Dauer meist allmälig heftiger und zwar zulezt unreiner und complicirter. Sehr häufig sind jedoch Anfangs nur sehr unvollkommene Anfälle zu bemerken, deren Diagnose oft noch zweifelhaft ist, und erst im weiteren Verlaufe werden sie ausgesprochener und vollständiger. Auch kommt es zuweilen vor, dass mitten zwischen vollkommenen Anfällen unvollkommene eintreten.

Je länger die Krankheit dauert, um so mehr treten die Symptome der Intervalle in den Vordergrund, stellen für sich ein continuirliches Leiden dar, dem nur noch von Zeit zu Zeit ein Paroxysmus eingeschoben ist.

Die Zahl der epileptischen Anfälle, von denen ein Individuum überhaupt befallen wird, ist äusserst verschieden: Manche haben binnen 10 Jahren nur einen oder sehr wenige Anfälle, während hingegen Andere in derselben Frist mehrere tausend Male den Anfall bekommen. Unter den 30 Kranken, welche Everts und van Leeuwen zu ihrer Statistik benuzten, hatte ein 19jähriger Mensch binnen dreier Monate 243, ein 15jähriges Mädchen in derselben Zeit sogar 510 epileptische Paroxysmen.

D. Ausgänge der Epilepsie.

1) Der Ausgang der Epilepsie in vollkommene Heilung ist stets zweifelhaft, da bei der Verlaufsart der Krankheit mit oft langen Intermissionen nicht dafür gebürgt werden kann, ob nur ein Intervall oder eine Beseitigung der Störung vorliegt, und da in den Fällen einer nach längerer Pause statthabenden Wiederkehr diese ebensogut eine neue Erkrankung, als ein Wiederhervortreten der Paroxysmen der nicht geheilten Krankheit

sein kann. Jedoch kann man eine Heilung mit Wahrscheinlichkeit annehmen, wenn während einer im Vergleich mit früheren Pausen sehr langen Periode sich kein Anfall und auch keine Andeutung eines solchen zeigt: nur dürfen dabei die kurzen Intervalle gruppirter Paroxysmen nicht als Maassstab genommen werden, sondern der bisherige Verlauf der Krankheit im Ganzen. Bei Epilepsieen mit häufigen Anfällen und kurzen Pausen ist überall eine Heilung mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu constatiren, als bei Epilepsieen mit seltenen Anfällen und langen Pausen, bei welchen die Heilung immer höchst unsicher bleibt.

Der Ausgang in Genesung kann spontan erfolgen, was jedoch mit Ausnahme der Fälle, wo nur ein Anfall oder eine kurzdauernde Gruppe von Paroxysmen statthatte, wahrscheinlich nicht häufig geschieht. Etwas häufiger findet ein Aufhören der Anfälle unter der Einwirkung von Mitteln statt. In beiden Fällen kann die Genesung von der Epilepsie auf verschiedene Weise stattfinden:

die Anfälle werden immer schwächer, incompleter, rudimentärer, wiederholen sich aber noch eine Zeitlang in ungefähr gleicher Häufigkeit;

die Anfälle bleiben gleich heftig, kommen aber in immer längeren Pausen und bleiben zulezt aus, eine Form der Heilung, welche die geringste Sicherheit gewährt;

die Anfälle nehmen an Häufigkeit, wie an Vollkommenheit ab, werden immer seltener und rudimentärer (gewöhnlichster Verlauf zur Herstellung);

die Anfälle dauern in gleicher Häufigkeit und Heftigkeit fort, bis sie plözlich wie abgeschnitten aufhören, wobei nicht selten der lezte Anfall der heftigste war;

die Anfälle hören mit einer intercurrenten Krankheit, sei es des Gehirns, sei es eines andern Organs, auf (Art spontaner Genese).

Die relative Häufigkeit der Spontanheilungen der Epilepsie in Zahlen auszudrüken, ist unmöglich, da gerade solche Fälle nur ausnahmsweise zur ärztlichen Kenntniss kommen. Rechnet man zu den Spontanheilungen diejenigen Fälle hinzu, deren Heilung durch sogenannte homöopathische, sympathetische, geheime und dergleichen Curen angeblich erreicht worden sein soll, so mag sich die Zahl jener noch mehren, obwohl diese vermeintlichen Heilungen oft in kürzester Zeit als Nichts denn etwas längere Pausen sich herausstellen, wie ich mich selbst wiederholt in derartigen Fällen überzeugte, so zwar, dass die Individuen manchmal früher noch weit anhaltendere Pausen hatten, als die ist, die sie in ihrer hoffnungsgläubigen Verblendung für die Heilung halten.

Unter welchen Umständen am ehesten eine Spontanheilung zu erwarten sei, lässt sich bei dem mangelhaften Erfahrungsmaterial nicht sicher entscheiden. Es scheint förderlich für das Eintreten einer Spontanheilung zu sein, wenn eine der grösseren Epochen in der Entwiklung des Körpers bevorsteht, in welcher zuweilen das Uebel verschwindet: die Zahnperiode, die Pubertätsentwiklung, auch die climacterischen Jahre. In lezteren namentlich scheinen nicht selten die Anfälle zum Schweigen zu kommen.

Dass durch intercurrente extracephale Krankheiten (Fieber etc.) die Krankheit zuweilen beseitigt wird, ist durch viele Beispiele constatirt. Einen ausgezeichneten Fall, wo durch eine intercurrente acute Gehirnkrankheit selbst die Anfälle zum Aufhören kamen und die Heilung dauernd blieb, beobachtete ich im Folgendem:

K., ein 24jähriger Bäkergeselle, welcher angeblich im 7ten Jahre eine mit Anschwellung des ganzen Körpers verbundene Krankheit, zwischen dem 15ten und 16ten Jahre einen Typhus überstanden hatte, sonst aber niemals krank gewesen war, bekam im 22sten Lebensjahre, unmittelbar nach einem Schrek, nachdem ihm des Nachts

unvermuthet ein Topf kalten Wassers in das Gesicht gegossen war, einen epileptischen Anfall, der sich von da an, bald bei Tag, bald des Nachts, ohne weitere Ursachen, besonders aber nach gemüthlicher Aufregung, häufig wiederholte. Zwei Jahre darauf ins Jakobshospital aufgenommen, hatte er meist täglich 3—4 Anfälle. Auf die Anwendung von Zinkvalerianat wurden dieselben seltener, nahmen an Heftigkeit und Dauer ab; sie waren meistens ohne Vorboten. Nachdem diese Besserung 14 Tage angehalten hatte, kamen wieder häufigere, jedoch mässige Anfälle, die sich in den folgenden Tagen an Häufigkeit immer mehr steigerten und auch an Intensität zunahmen und sich zulezt so häuften, dass der Kranke mehrere Stunden lang nicht zur Besinnung kam. Plözlich trat bei ihm nach einem solchen Anfalle ein bewusstloser Zustand ein, in dem er vier Tage lang mit rükwärts gebogenem Kopfe, gespannten Sternocleidomastoideis, mit Empfindlichkeit des Nakens (die sich durch eine Verzerrung des Gesichts beim Druk auf denselben äusserte), mit unwillkürlichen Urinentleerungen, völliger Stuhlverstopfung und mässigem Fieber verblieb. Die Anwendung von 24 Blutegeln, von Empl. Cantharidum auf die Stirn und von Eisumschlägen brachte keine Veränderung hervor. Auf einmal brachen wüthende Delirien aus, bei stärkerer Gedunsenheit und Röthung des Gesichts und bei Abnahme der Contractionsfähigkeit der linken Pupille. Diese Tobsucht wiederholte sich in mehreren meist circa eine Stunde dauernden Anfällen, an einem Tage, während die Sternocleidomastoidei gespannt blieben und in den Intervallen der Anfälle der Kranke zuweilen eine ziemlich vernünftige Antwort gab, das Fieber sich nicht steigerte und auf die Anwendung von vier zweigranigen Dosen Calomel Stuhl erfolgte. In den folgenden vier Tagen wechselten wilde Delirien mit Stupor ab und da die ersteren immer heftiger und anhaltender wurden, der Kranke gegen jeden sich Nahenden in maasslosen Schimpfreden sich erging, zu beissen anfing und kaum mehr zu bändigen war, so wurden Begiessungen des Kopfs mit eiskaltem Wasser vorgenommen, worauf er bald ruhiger wurde, zur Besinnung kam, in der folgenden Nacht ganz ruhig schlief und am nächsten und in den folgenden Tagen keine Art einer Geistesstörung bemerken liess; nur blieb der Kopf noch einige Tage eingenommen, die Stirn mässig schmerzhaft, Schlaf und Appetit, sowie die übrigen Functionen waren normal. Während der ganzen Zeit dieser acuten Gehirnaffection war niemals ein epileptischer Anfall, noch irgend eine convulsivische Bewegung eingetreten und ebenso blieb der Kranke in der nachherigen Zeit vollkommen von epileptischen Anfällen frei, zeigte überhaupt während eines noch zweimonatlichen Aufenthalts im Hospital keine irgend bemerkliche Störung, und als ich ihn nach Jahr und Tag zufällig wieder sah, versicherte er, vollkommen gesund geblieben zu sein.

Ohne allen Zweifel kann durch technische Beseitigung der ungünstigen Umstände und Einflüsse, sowie durch directe Einwirkungen nicht ganz selten die Epilepsie zum Aufhören gebracht werden. Die entgegengesezten, fast die absolute Unheilbarkeit der Epilepsie behauptenden Angaben mancher Aerzte sind meist Hospitalbeobachtungen entnommen und es kann als ganz unzweifelhaft angenommen werden, dass in öffentlichen Anstalten, bei der Vereinigung vieler Epileptischen, bei den häufigen Veranlassungen zu Streit und Verdruss daselbst die Verhältnisse für die Heilung unendlich ungünstiger sind, als bei Privatverpflegung.

Von Herpin wurden die Momente, welche auf die Prognose der Krankheit und die Wahrscheinlichkeit ihrer Heilung Einfluss hatten, ebenso mit wissenschaftlicher Umsicht, als gewissenhafter Treue gewürdigt. Er verwendete zu seiner Statistik freilich nur 48 Kranke, welche aber lange genug beobachtet wurden: von diesen wurden 26 (54 %) geheilt, 10 (21 %) gebessert, 12 (25 %) blieben ungeheilt. Unter den einzelnen ätiologischen Momenten, welche die Prognose vorzugsweise influiren, kommen nach Herpin in Betracht:

1) die Erblichkeit. Unter 28 Fällen von erblicher Epilepsie wurden 18 geheilt, 7 gebessert, 3 blieben ungeheilt. Dieses Resultat steht in directem Widerspruch mit denen aller andern Beobachter;

2) das Lebensalter, in welchem die Epilepsie zum ersten Male eintritt. Die beste Prognose gibt das Alter von 50—80 Jahren, dann kommt die Zeit von 10—20 Jahren, hierauf das Alter bis zu 10 Jahren; am ungünstigsten ist das Alter von 20—50 Jahren;

3) die Zahl der Anfälle. Je geringer dieselbe, desto besser ist die Prognose. Doch wurden von 14 Kranken, welche wöchentlich 1—6 Anfälle hatten, noch 7 geheilt, 2 gebessert, und von 6 Kranken, welche täglich einen bis mehrere Anfälle bekamen, wurden 3 geheilt, 1 gebessert;

4) die Combination der einzelnen Formen der [illegible] Anfälle. [illegible] Prognose geben die Fälle, wo entweder epileptischer [illegible] letzterer mit Convulsionen, die auf einzelne [illegible]

das Bewusstsein theilweise erhalten ist, vorkommt, oder wo derartige beschränkte Convulsionen allein vorkommen (somit überhaupt incomplete Fälle). Die schlechteste Prognose geben die Fälle, wo vollständige epileptische Anfälle allein vorhanden sind, und die, wo vollständige epileptische Anfälle mit sogenanntem epileptischem Schwindel abwechseln;

5) die **Dauer** der Krankheit. Je kürzere Zeit die Epilepsie gedauert hat, um so besser ist die Prognose.

Ferner geben noch folgende Umstände eine (relativ) günstige Prognose: das weibliche Geschlecht, — eine hohe Statur, — eine gute Körperbildung, — gut entwikelte Geisteskräfte, — die Schwangerschaft (während deren Dauer die Anfälle oft verschwinden, um jedoch nach Ablauf derselben wiederzukehren). Ungünstig dagegen sind bezugs der Prognose: das männliche Geschlecht, — die vorzeitige Geburt, — Atrophieen einzelner Glieder, — jede Art von Geisteskrankheit.

Auch in den noch so vollständig geheilten Fällen bleibt eine erhöhte Disposition zur Wiedererkrankung zurük, welche nicht selten durch geringfügige Veranlassungen zum Ausbruch kommt.

2) Der Uebergang in unvollständige Genesung, in Besserung, d. h. der Uebergang completer Fälle von Epilepsie in rudimentäre, häufiger Paroxysmen in seltene, nach langen Pausen erfolgende ist häufig der einzige, aber nicht gering zu achtende Erfolg der Therapie und tritt nicht selten auch, unter ähnlichen Umständen wie die Spontanheilungen, spontan ein. Er kann bei sehr geringen zurükbleibenden Zufällen (zeitweisem Schwindel) oder bei grosser Seltenheit der Paroxysmen einer Heilung sehr nahe kommen und wird oft für eine solche gehalten.

3) Der Uebergang in andere Krankheitsformen oder die Complicirung mit andern Störungen ist bei lange dauernden Epilepsieen gewöhnlich und kommt auch bei ziemlich frischen Fällen, wenn die Paroxysmen einander nahegerükt und sehr heftig sind, oft genug vor. Vornehmlich sind es Geistesabstumpfung, Blödsinn und Paralysen, welche in dieser Weise ebensowohl unter Aufhören wie bei Fortdauer der epileptischen Anfälle beobachtet zu werden pflegen. Auch schlägt zuweilen die Epilepsie in choreaartige, hysterische Krämpfe, in maniacalische Anfälle um.

4) Der Tod erfolgt bei Epileptischen:

durch intercurrente Krankheiten, welche in keiner Beziehung zur Epilepsie stehen;

durch acute Gehirnaffectionen, welche sich im Verlaufe der Epilepsie, zumal bei gehäuften Paroxysmen entwikeln;

durch die fortschreitenden chronischen Störungen des Gehirns, welche zu der Epilepsie Veranlassung gegeben hatten oder welche in deren Verlauf und durch sie bedingt sich allmälig ausbildeten;

in einzelnen Fällen in Folge eines heftigen epileptischen Anfalls, bald durch Erschöpfung, bald asphyctisch, wobei keine bemerklichen und darauf bezüglichen Veränderungen im Gehirn sich vorfinden, bald durch blutige Extravasate, heftige Hirnhauthyperämieen; bald durch Verlezungen während des Niederstürzens;

nach heftigen cumulirten Anfällen in dem danach zurükbleibenden Sopor, wiederum bald ohne entsprechende anatomische Veränderungen im Gehirn, bald durch Eintritt von Oedemen, Hyperämieen etc.

[illegible] Tod droht hienach den Epileptischen von verschiedenen Seiten; allein es lässt [illegible], unter welchen Umständen ein solcher Ausgang mit grösserer

Wahrscheinlichkeit bevorsteht. In den meisten Fällen tritt vielmehr die tödtliche Catastrophe ziemlich unerwartet ein bei Epileptischen, welche kurz zuvor noch günstige Verhältnisse dargeboten haben und bei welchen mindestens ein naher tödtlicher Ausgang durch nichts angezeigt worden war. — Im Allgemeinen ist es nicht zu bezweifeln, dass das Vorhandensein einer Epilepsie die wahrscheinliche Lebensdauer in merklicher Weise kürzt und dass Epileptische selten ein hohes Alter erreichen. Wenn der Tod sich langsam vorbereitet, nehmen gegen das Ende hin die Anfälle bald an Heftigkeit und Häufigkeit ab, bald zu, die Intervalle verwischen sich mehr und mehr und ein tiefer Sopor stellt sich gewöhnlich ein.

IV. Therapie.

A. Behandlung des epileptischen Anfalls.

1) Zur Vorbeugung oder wenigstens zur Ermässigung des epileptischen Paroxysmus hat man verschiedene Mittel empfohlen. Man hat so, wenn die Vorboten entfernte waren, bald mit, meist aber ohne Erfolg angewandt: Brechmittel, Ammoniak (innerlich und als Riechmittel), Artemisiawurzel (einen gehauften Caffeelöffel mit warmem Bier zu nehmen, darauf sich ins Bett zu legen und zu schwizen), Ol. Dippelii, Opiate in starken Dosen (gr. j—jj Opium). Grösseren Nuzen sieht man von den prophylactischen Mitteln, wenn die Vorboten nahe sind und namentlich wenn die epileptische Aura von dem Endtheil einer Extremität ausgeht. Durch das Umlegen einer Ligatur um den betreffenden Theil wird in solchen Fällen der Paroxysmus allerdings häufig unterdrükt; meist aber werden die Kranken von einer namenlosen Angst befallen und fühlen ein so lästiges, nicht selten Tage lang dauerndes Unbehagen, dass sie von diesem Mittel keinen Gebrauch machen. — Wie weit die Hoffnung begründet ist, durch consequente Anwendung dieser prophylactischen Maassregeln die Epilepsie zu heilen, ist vor der Hand noch zweifelhaft.

2) Gelang es aber nicht, den Paroxysmus zu unterdrüken, oder wurden gar keine Versuche dazu gemacht, so trage man Sorge, dass der Kranke sich beim Hinfallen und Umsichschlagen nicht verleze; man bringe, damit er sich nicht in die Zunge beisst, einen mit Leinwand umwikelten Spatel zwischen die Kiefer; man entferne alle beengenden Kleidungsstüke, namentlich Halsbinden, Schnürleiber. Bei starken Kopfcongestionen hat man die Compression der Carotiden empfohlen. Nur bei drohender oder bei bereits eingetretener Apoplexie mache man eine Aderlässe. Bei zu langer Dauer des soporösen Zustandes wende man Reizmittel an.

3) In den Fällen, in welchen cumulirte epileptische Anfälle von grosser Heftigkeit bestehen und in den kurzen Intervallen derselben maniacalische Aufregung oder mehr oder weniger tiefer Sopor vorhanden ist, hat man

wenn das Individuum vollblütig oder wenigstens nicht abgezehrt und schwächlich ist, oder Zeichen von Kopfcongestion darbietet, kalte Ueberschläge auf den Kopf, selbst örtliche Blutentziehungen anzuwenden, kühlende Klystire, einige Dosen eines milden Laxans zu geben und für die grösste äussere Ruhe Sorge zu tragen;

ist aber das Individuum schwächlich, nervös, anämisch, so können die kurzen Intervalle dazu benüzt werden, ihm Anfangs in mässiger und versuchsweiser Dose, später in kekeren Mengen Ammoniak, Valerianainfus, Moschus, oder auch, wenn die Reizung den Sopor überwiegt, Opium

oder Belladonna zu geben; damit kann man mässige Hautreize auf die Beine verbinden.

4) Nach vorübergegangenem Anfall lässt man den Kranken ruhig schlafen und befolgt um so mehr und um so länger ein negatives Verfahren, je heftiger, anhaltender und cumulirter der Paroxysmus gewesen ist. Ist der Kranke sehr geschwächt, so gibt man ihm eine Tasse Fleischbrühe, einen aromatischen Thee oder bei Abwesenheit aller Hirncongestion Wasser mit Wein zu trinken und vermeidet die Zufuhr consistenterer Nahrung.

B. Behandlung der Gesammtkrankheit.

1) Wo immer Ursachen der Epilepsie bekannt sind oder solche oder auch nur mitwirkende Einflüsse vermuthet werden können, seien dieselben auch noch so geringfügig, sind diese zu berüksichtigen oder ist wenigstens die Therapie danach zu modificiren.

In frisch entstandenen Fällen zumal ist eine solche Causaltherapie zuweilen von dem grössten Erfolg und ist nur dann nicht im ersten Augenblike zu verfolgen, wenn die ersten Anfälle mit grosser Heftigkeit und zugleich in cumulirter Weise auftreten: dann kann eine vollständigere Rüksichtnahme auf die Ursachen erst nach Ermässigung des ersten Sturms eintreten. — Bei älteren Fällen ist gleichfalls die Berüksichtigung und Beseitigung causaler Verhältnisse sehr oft noch vom höchsten Erfolge, aber wenn auch nicht zu verzögern, doch weniger dringlich, und es kann in diesen Fällen mit mehr ruhiger Sorgfalt nach allen Seiten hin der Fall und der Complex von ursächlichen Einwirkungen, unter dem er entstanden ist oder durch den er unterhalten wird, untersucht werden.

In Beziehung auf causale Verhältnisse hat man vornehmlich auf folgende Punkte die Aufmerksamkeit zu richten:

Sind Plethora oder Gehirncongestionen die Ursache der Epilepsie, so wende man allgemeine und örtliche Blutentziehungen, kalte Ueberschläge auf den Kopf, drastische Laxantien, Essigklystire, Senfmehlfussbäder, Blasenpflaster auf die Beine an und regle namentlich das ganze diätetische Verhalten des Kranken auf eine dem Einzelfall angemessene Weise.

Bei Anämie, als Ursache der Epilepsie, ist das stärkende und tonisirende Verfahren angezeigt.

Entstand ein epileptischer Anfall aus Schrek oder aus Gemüthsbewegungen überhaupt und reihten sich diesem noch weitere Anfälle an, so gebe man zuerst ein Emeticum. Hiernach wende man je nach der Constitution des Kranken Aderlässe und kalte Ueberschläge auf den Kopf, oder die roborirende Methode, oder, wo aus dem Gesammtzustande des Kranken keine besondere Indication entspringt, die Valeriana (innerlich und im Klystir, im ersteren Falle mit Tartarus emeticus in refr. dosi) an. Auch Narcotica in so starken Dosen, dass dadurch ein länger dauernder Schlaf hervorgerufen wird, sind zuweilen heilsam Veränderung des Aufenthaltsorts, Zerstreuung auf jedwede Art, namentlich durch Reisen, unterstüzen wesentlich die Cur. Zur Nachbehandlung, sowie in hartnäkigeren Fällen zur Hauptcur, sind die Mineralsäuerlinge, namentlich die eisenhaltigen, oft von Nuzen.

Bei Epilepsie, die nach Kopfverlezungen entstand, kann die Frage entstehen, ob die Trepanation vorzunehmen sei, mit deren Vollziehung man im Falle der Bejahung und nach reiflichster Würdigung aller Verhältnisse nicht zu lange zögere. War die Trepanation ohne Erfolg oder wurde sie gar nicht gemacht, so ist die Behandlung der Epilepsie die der Gehirnkrankheiten überhaupt.

Bei dieser sind vorzugsweise Ableitungen in den Naken, eine zeitweise Verabreichung drastischer Laxanzen, der längere Gebrauch salinischer Mineralwässer am Plaz.

So oft eine Kopfcongestion entsteht, applicire man Blutegel an die Schläfe oder Schröpfköpfe in den Naken.

Bei vermutheter Brustepilepsie versuche man Gegenreize auf den Thorax: Senftaige, Crotonöl, Tartarusemeticussalbe, Moxen.

Bei der Wurmepilepsie sind die verschiedenen, der Species der Entozoen entsprechenden Vermifuga angezeigt.

Bei sonstiger von Unterleibsorganen ausgehender Epilepsie wende man die Antacida,

jod- und schwefelhaltige Mineralwässer, laxirende Mineralwässer, später die eisenhaltigen Quellen an. In manchen Fällen wirkt auch eine öftere Wiederholung der stärkeren Drastica nüzlich.

Bei Epilepsie, die nach Missbrauch der Genitalien entsteht, ist Ruhe und Schonung dieser Organe, sowie zuweilen die Anwendung des Camphers von Nuzen. Ist die Constitution des Kranken heruntergekommen, so schike man denselben in stärkende Bäder (Pyrmont, Oeynhausen etc.).

Bei Epilepsie, die von einzelnen Nervenstämmen ausgeht, tritt die Localbehandlung der Wunden, Narben, Geschwülste ein, die bald in Excision und Exstirpation, bald selbst in der Amputation des Glieds besteht.

2) In ganz frischen Fällen von Epilepsie kann es genügen, durch Anwendung der gegen Hyperämie nüzlichen Mittel (namentlich kalte Ueberschläge, örtliche Blutentziehungen, Diät, Ruhe, Laxantien, mässige Gegenreize), oder bei sehr nervösen und anämischen Individuen durch ein mild beruhigendes und später stärkendes Verfahren, in beiden Reihen von Fällen aber durch die scrupulöseste Abhaltung aller ungünstigen Einwirkungen, namentlich im Anfange durch Beschränkung aller Geistesthätigkeit und Vermeidung jeder psychischen Erregung, nach erreichter Beruhigung durch den anhaltenden Genuss frischer Luft, durch leichte Arbeiten im Freien, durch strenge Ordnung der Lebensweise und höchst sorgfältige Diät die Krankheit sofort wieder zu heben und den Kranken vor weiteren Anfällen zu bewahren.

Diess gelingt am sichersten, wenn eine deutliche Ursache den Anfall herbeigeführt hat und wenn es möglich ist, auch noch in dieser Beziehung nüzliche und schüzende Maassregeln zu ergreifen. — Sobald jedoch troz eines solchen Verfahrens die Anfälle und zwar nicht bloss rudimentär, sondern in ansehnlicher Stärke und Häufigkeit sich wiederholen, so thut man gut, neben Fortsezung des angegebenen Verfahrens eines der gegen Epilepsie wirkenden empirischen Mittel zu reichen.

3) In Exacerbationen chronischer Fälle, welche sich durch eine verstärkte Heftigkeit und Häufigkeit der Anfälle oder gar durch cumulirte Paroxysmen kundgeben, hat man ein ähnliches allgemeines Verfahren, wie gegen frische Fälle anzuordnen.

Es ist passend, dabei für den Augenblik alle sogenannten specifischen Mittel auszusezen, sich nur auf beruhigende zu beschränken und erst dann wieder zu jenen zurükzukehren, wenn entweder die grösste Heftigkeit und Häufigkeit der Anfälle wieder nachgelassen hat oder wenn sie troz des mehrere Tage fortgesezten beruhigenden und mehr exspectativen Verfahrens hartnäkig fortdauert.

4) In älteren Fällen, in welchen schon eine Reihe von Anfällen stattgefunden hat, kann es zuweilen gelingen, ohne stärker eingreifende Medicamente die Krankheit zu beseitigen oder doch wenigstens sie wesentlich zu ermässigen. Hiezu dienen vornehmlich eine zwekmässige Ordnung der Lebensweise mit möglichst anhaltendem Genuss frischer Luft, aufheiternde und anregende Beschäftigung zumal mit der Natur (wie Garten- und Landarbeiten), mässige und vorsichtige gymnastische und andere Bewegungen, und diess verbunden mit lauen Bädern, mit einer milden Diät und mit dem Gebrauch leichterer Mittel (Aq. laurocerasi, kleine Dosen von Digitalis, von Belladonna, Valerianathee u. dergl.) in den Zeiten, in welchen sich Anwandlungen zu Anfällen zeigen.

Es ist zweifelhaft, ob bei einer solchen Behandlung der Versuch einer Unterdrükung des kommenden Anfalls gestattet sein kann, und jedenfalls wird man bei einem solchen mindestens das erste Mal nur sehr vorsichtig zu Werke gehen und *erst* dann, wenn die Unterdrükung ohne zu grosse Beschwerden des Kranken ge-

lang, sie regelmässig wiederholen. Auch wählt man zu dem Ende zunächst die milderen Mittel, wie das Ammoniak, die Valeriana, und bedient sich nur bei Kranken, welche es erfahrungsmässig gut ertragen, der Ligatur der Glieder.

Die Unterbringung Epileptischer in Anstalten, welche für solche Kranke eingerichtet sind, ist in allen den Fällen, in welchen noch einige Hoffnung der Herstellung vorliegt — und eine solche ist lange nicht aufzugeben! — nicht räthlich, da, wie schon oben angeführt, die Erfahrung gezeigt hat, dass in Anstalten, in welchen eine grössere Anzahl solcher Individuen vereinigt ist, die Heilungen ausserordentlich selten sind. Fast alle Aerzte, welche nur aus Hospitalbeobachtungen ihre Erfahrungen schöpften, haben daher die Epilepsie für nahezu unheilbar erklärt. Dagegen sind die Erfahrungen aus der Privatpraxis ungleich günstiger, und die ins Einzelne gehende Sorgsamkeit, wie sie ein Epileptischer erheischt, ist fast nur unter einer aufopfernden und individualisirenden Pflege zu erhalten, nicht aber in dem mehr systematischen Verfahren einer grösseren Anstalt. Dabei sind die Einflüsse des Familienlebens, wenn es anders nicht ungünstige Verhältnisse darbietet, für den Epileptischen eher vortheilhaft, als schädlich und es wird hier somit gerade der dem Verfahren der Geisteskrankheiten entgegengesezte Grundsaz zur Regel. Dagegen ist eine Vertauschung des Wohnorts und besonders der Stadt mit dem Lande in allen den Fällen von Nuzen, wo an dem gewohnten Aufenthaltsorte des Kranken das zweckmässige hygieinische Verhalten nicht durchzuführen ist, wenn namentlich Ruhe und frische Luft daselbst mangelt. — Nur Epileptische, welche unter ganz ungünstigen Umständen sich befinden, oder bei welchen man auf jede Heilung verzichtet, können behufs einer mehr exspectativen Verpflegung und mehr zur Aufbewahrung, als zur Cur in öffentliche Anstalten versezt werden.

5) Die Medicamente, welche erfahrungsmässig einen günstigen Einfluss auf die Epilepsie haben, äussern diesen in nicht seltenen Fällen dadurch, dass sie eine vollständige Beseitigung der Anfälle bewirken, in andern wenigstens dadurch, dass sie die Heftigkeit der Anfälle ermässigen, ihre Zahl vermindern und ungewöhnlich lange Pausen zuwegebringen, und es ist dieser Erfolg, wenn er auch weit entfernt von einer Radicalheilung ist, doch immerhin nicht gering zu achten, indem es häufig gelingt, unter Mitwirkung eines zweckmässigen Regimes nach den oben angegebenen Regeln die einmal erreichte Ermässigung der Paroxysmen zu erhalten, und es ist nicht ganz selten, dass die durch den Gebrauch eines Mittels nur gemilderte Epilepsie später bei richtigem und günstigem Verhalten sich vollends spontan verliert.

Dabei ist jedoch zu bemerken, dass, wenn ein Mittel eine Ermässigung der Anfälle und ungewöhnliche Pausen bewerkstelligt hat und später spontan oder durch neue ungünstige Einflüsse die Krankheit wieder zu ihrer alten Heftigkeit zurükkehrt, das früher nüzlich gewesene Medicament oft erfolglos bleibt. Die Mittel, welche man gegen die Epilepsie nüzlich gefunden hat, sind ungemein zahlreich, und es ist eine Aufzählung aller in Gebrauch gezogenen und empfohlenen Medicamente nicht nur unmöglich, sondern in der That eher verwirrend. Die Wirkung der Mittel ist fast durchaus eine undurchschaubare; mit Ausnahme einiger weniger sind sie rein empirische Mittel, wodurch aber ihr Werth nicht annullirt, kaum geschmälert wird. Feste Indicationen zur Auswahl der einzelnen Mittel sind nicht zu stellen, und nicht ganz selten kommt es vor, dass, nachdem ein sonst sehr wirksames Medicament längere Zeit vergeblich gebraucht wurde, die Vertauschung mit einem andern, das ungleich unsicherer zu wirken pflegt, Nuzen bringt.

Es scheint am zweckmässigsten, bei der Unbekanntschaft mit der Angriffs- und Wirkungsweise der einzelnen Mittel und bei der fast durchaus empirischen Grundlage, auf welcher ihre Anwendung beruht, die gegen Epilepsie empfohlenen Mittel in folgenden Categorieen zu betrachten.

a) Mittel, welche unter sehr verschiedenen Umständen und mit einem gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit eine Besserung oder selbst eine Heilung der Epilepsie hervorbringen: Zink (vornehmlich Zinkoxyd), Silbernitrat, Valeriana, Belladonna.

Das Zinkoxyd ist nach der allgemeinen Stimme das vortheilhafteste und verhältnissmässig sicherste unter allen Mitteln, welche gegen Epilepsie empfohlen worden sind. Damit stimmen die genauen Untersuchungen von Herpin überein, welcher bei 31 Fällen mit günstiger Prognose durch dasselbe 26mal Heilung und 5mal keinen Erfolg, in 5 Fällen von weniger günstiger Prognose 2mal Heilung und 3mal keinen Erfolg beobachtet hat. Es hat überdem den Vortheil, dass es nach allen Erfahrungen ohne alle schädliche Einwirkung auf den Organismus ist, höchstens vorübergehende Nausea und Erbrechen, zuweilen etwas Diarrhoe hervorbringt, selbst wenn es bis zu ʒjj des Tages und darüber und in fast unbegrenzter Andauer genommen wird. Man beginnt mit einer Dose von gr. j—v je nach dem Alter und steigt rasch mit den Dosen, solange nicht Uebelkeit oder Unbequemlichkeiten im Darme eintreten. Nach Herpin soll auf das Mittel bei Individuen über 2 Jahren nicht früher verzichtet werden, als bis in Fällen von günstiger Prognose ℥jβ, bei weniger günstiger Prognose ℥jv im Ganzen gegeben sind. Auch nach der Unterdrükung der Anfälle ist es zwekmässig, mit dem Gebrauch des Mittels fortzufahren, bis mindestens ebensoviel nach dem Ausbleiben des Anfalls verwendet wurde, als zu seiner Unterdrükung nöthig war. — Die übrigen Zinkpräparate sind dem Zinkoxyd weit untergeordnet und namentlich das Valerianat des Zinks, auf das man eine Zeitlang grosse Hoffnung sezte, scheint fast ganz wirkungslos zu sein.

Das Silber ist zwar ein von manchen glaubwürdigen Beobachtern mit grossem Erfolg in Dosen von gr. $^1/_4$—$^1/_{20}$ gegebenes Mittel, allein es hat die wenigstens hin und wieder eintretende nachtheilige Wirkung der Färbung der Haut, wesshalb es womöglich zu vermeiden ist.

Die Valeriana, das älteste von den Mitteln mit bewährter Wirkung (Tissot's Mittel) wird theils im Infus, theils in Pulvern zu ℈j und mehr p. d., theils als Tinctur angewandt. Nach den meisten Erfahrungen steht sie dem Zink nahe oder gleich; nach Herpin waren die Resultate ziemlich ungünstig, indem von 7 Fällen mit günstiger Prognose nur 4 und von 2 mit wenig günstiger Prognose 1 geheilt wurde.

Die Belladonna ist ebenfalls eines der am gewöhnlichsten angewandten Mittel und vornehmlich in neuerer Zeit durch die angelegentlichen Empfehlungen von Debreyne (Bull. de Therap. 1842. XXII, 272) in die allgemeine Praxis gekommen. Nicht nur soll das Mittel in vielen Fällen heilen, sondern in fast allen mindestens die Verhältnisse bessern. Dabei ist jedoch zu bemerken, dass die Empfänglichkeit für das Mittel bei den verschiedenen Individuen sehr verschieden ist und ebendarum lässt sich eine feste Dose nicht bestimmen: während bei dem Einen schon gr. $^1/_2$ des Extracts unangenehme Folgen haben kann, muss bei dem Andern mehr als ℈j gegeben werden. Debreyne lässt 4 Grm. (c. ʒj) des Extracts in 120 Pillen vertheilen und 1 am 1sten Tage, 2 am 2ten und sofort täglich steigend bis zu 6 nehmen; wenn auch dann keine Erscheinungen vom Auge eintreten, so wird bis zu 8 und schliesslich 10 Pillen gestiegen, welche Dose nur ausnahmsweise überschritten wird.

b) Mittel, welche unter besonderen Umständen eine Anwendung verdienen und Hoffnung auf Erfolg geben, in entgegengesezten Verhältnissen dagegen meist zu vermeiden sind: Aderlässe, Purgantien, Opium, Digitalis, Folia Aurantiorum, Chinin, Eisen.

Die ebengenannten Mittel eignen sich vornehmlich nur für besondere Fälle: die Aderlässe für sehr vollblütige Individuen; die Purganzen scheinen Einzelnen sehr günstig zu sein, und manche Geheimmittel wirken ohne Zweifel durch ihre purgirende Einwirkung. Das Opium ist vornehmlich in Fällen nüzlich, wo eine grosse nervöse Reizbarkeit besteht: auch hat man es in Nachtepilepsieen bewährt gefunden. Die Digitalis soll bei den mit Palpitationen verlaufenden Epilepsieen von vorzüglicher Wirkung sein. Die Folia Aurantiorum hat man bei der Epilepsie der Onanisten gerühmt. Das Chinin wird in den Fällen vornehmlich gebraucht, in welchen ein Rhythmus in den Anfällen sich zeigt. Das Eisen ist bei anämischen Epileptischen vorzuziehen.

c) Mittel, welche in fast allen Fällen eine schwach unterstüzende, milde Wirkung haben: Blausäure, Asa foetida, Digitalis, Artemisia.

d) Mittel, welche von einzelnen Beobachtern als sehr vortheilhaft empfohlen, aber zum Theil noch wenig erprobt, zum Theil in weiteren Versuchen als fruchtlos befunden worden sind: Cyaneisen, Kupfer, Ammoniak,

Indigo, Terpentinöl, Artemisia, Viscum quercinum, Radix Paeoniae, Selinum palustre, Extractum Cotyledonis, Campher, Moschus.

Manche unter diesen Mitteln mögen eine nicht unbeträchtliche Wirksamkeit haben, andere vielleicht gänzlich nuzlos sein. Aber es ist in dieser Beziehung bei den widersprechenden Angaben der Beobachter und bei der Unmöglichkeit für den Einzelnen, über so zahlreiche Medicamente in einer speciellen Krankheitsform zureichende Erfahrungen zu machen, unmöglich, zu einer Entscheidung zu kommen.

Das Cyaneisen scheint unter diesen Mitteln eines der empfehlenswerthesten zu sein und wurde vornehmlich von Jansion (Journ. des Connaiss. méd.-chir. 1841—42, pag. 51) in zahlreichen frischen und alten Fällen in Dosen von 3 steigend bis zu 10 Cgrm. angewandt. Dabei gebraucht er die Regel, dass er nach 8—14tägigem Gebrauch mit dem Mittel aussezt, um früher oder später wieder darauf zurückzukommen und sezt mit immer grösseren Pausen seine Anwendung 5—6 Jahre lang fort.

Das Kupfer nähert sich den bewährtesten Mitteln; aber es ist noch zweifelhaft, welches Präparat den Vorzug verdient. Am häufigsten wird das salpetersaure Kupferammoniak gebraucht in Dosen von $^1/_8$—1 Gr. 3mal des Tags. Schädliche Folgen scheinen bei dieser Anwendung nicht zu befürchten zu sein. Nach Herpin wurden unter 6 Fällen mit günstiger Prognose 4 geheilt, dagegen keiner mit ungünstiger Prognose.

Das Ammoniak ist schon früher theils in Form von Inspirationen, theils durch den Magen (gtt. xjj. p. d.) angewandt worden. Es wird nicht nur als ein Mittel, den Anfall abzuhalten oder zu ermässigen, sondern auch als Heilmittel der ganzen Krankheit gerühmt (Martinet, Revue méd. 1843. III. 220).

Der Indigo, eine Zeitlang besonders durch Ideler und einige Andere aufs Angelegentlichste empfohlen und bald in kleinen, bald in grossen Dosen gegeben, bald mit, bald ohne Beimischung, ist von Andern als absolut nuzlos bezeichnet und auch von mir stets vergeblich angewandt worden.

Das Terpentinöl ist vornehmlich in England mannigfach gebraucht worden; allein die Erfahrungen darüber sind zweideutig.

Die Artemisia scheint eine ähnliche, aber schwächere Wirkung, als die Valeriana zu haben und soll besonders bei Kindern von Vortheil gefunden worden sein. Sie wird selten mehr angewandt.

Das Viscum quercinum, die Radix Paeoniae, der Campher sind ziemlich obsolet gewordene Mittel gegen die Epilepsie.

Das Selinum palustre, im Ganzen selten gebraucht, wird von Herpin aufs Neue gerühmt als das dem Zink am nächsten stehende Mittel, indem er nicht nur unter 5 Fällen mit günstiger Prognose 4 Heilungen, sondern auch in einem Falle mit wenig günstiger Prognose eine Heilung dadurch hervorbrachte. Es wurde davon täglich ʒβ—ʒβ in 2—4 getheilten Dosen gegeben.

Das Extractum Cotyledonis umbilici (3mal 5 Gran: Graves) ist ein neuerdings, vornehmlich in England in Gebrauch gekommenes Mittel, über dessen Erfolg die Erfahrungen noch abzuwarten sind.

Der Moschus, früher vielfach gerühmt, ist neuerdings mehr in Vergessenheit gekommen.

Ausser diesen ist noch eine grosse Anzahl zum Theil einfacher, zum Theil zusammengesezter Präparate und sind auch viele Geheimmittel empfohlen und wie kaum zu bezweifeln ist, in einzelnen Fällen mit Vortheil und Erfolg angewandt worden. Es kann nichts dagegen gesagt werden, dass bei Epileptischen, bei welchen die vertrauenswertheren Methoden ohne Nuzen gebraucht worden sind, mit diesen mehr oder weniger zweifelhaften Mitteln ein Versuch gemacht werde, um so weniger, als die Wirkungsweise der erprobten Medicamente um nichts einsichtlicher ist, als die der Geheimmittel. Nur ist vorauszusezen, dass solche nicht ohne Vorsicht und nicht ohne vorausgegangene Heilversuche mit den eine grössere Sicherheit gewährenden Medicamenten zur Anwendung kommen.

6) Wenn durch die Anwendung irgend eines Mittels oder einer Methode die Anfälle suspendirt oder wesentlich nach Zahl oder Heftigkeit vermindert worden sind, so hat eine sorgfältige diätetisch-hygieinische und abhaltende Ueberwachung einzutreten, um so viel als möglich alle Veranlassung zu Wiederausbruch oder zu erneuerter Steigerung der Anfälle zu vermeiden.

3. Eclampsie der Kinder (Convulsionen der Kinder, Fraisen, Gichter).

I. Die Convulsionen der Kinder haben schon frühzeitig die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Doch hat zuerst Sauvages als eine besondere Form die Eclampsie mit vielen Species von andern Krämpfen abgetrennt. Im Gegensaz zu ihm hat dagegen Pinel die Eclampsie für identisch mit Epilepsie erklärt. Seit dieser Zeit ist die Frage immer wieder aufs Neue aufgeworfen worden, ob die Eclampsie der Kinder eine Krankheit sui generis oder ob sie identisch mit Epilepsie sei, und hat bis in die neueste Zeit die entgegengesezteste Beantwortung gefunden. Schon die Aufstellung dieser Frage in dieser Fassung zeugt von einem unklaren Verständniss. Es ist notorisch, dass im frühen Kindesalter häufig Convulsionen eintreten, die eine durchaus andere Genese und nach allen Seiten eine andere Bedeutung haben, als diejenigen Krämpfe der Erwachsenen, welche man als Epilepsie zu bezeichnen pflegt, und überhaupt als fast alle anderen bei Erwachsenen zur Beobachtung kommenden spasmodischen Zufälle. Es ist natürlich an sich ganz gleichgiltig, wie man jene nennen will, und wenn man sie als Epilepsie bezeichnet, so dehnt man eben diesen Begriff auch auf jene, durch ihre Genese und ihre Bedeutung sich unterscheidenden Convulsionen aus, wogegen nichts weiter gesagt werden kann, als dass dadurch der Ausdruk an Schlaffheit zunimmt, und selbst in diesem Falle wird man jene Convulsionen der Kinder durch irgend eine nähere Bezeichnung von den chronisch-epileptischen Anfällen der Erwachsenen unterscheiden müssen, wenn man nicht Gefahr laufen will, eine Menge von Vorstellungen, welche der lezteren Krankheit entnommen sind, auch auf die Convulsionen der Kinder auszudehnen, wo sie doch meist nicht zutreffen. In der That scheint es daher schiklicher, für die Convulsionen des frühen Kindesalters eine andere Bezeichnung, als etwa die der Epilepsie der Kinder zu wählen, und es ist nicht einzusehen, was in dem Ausdruk Eclampsie, der von Manchen wie ein unwissenschaftlicher Anachronismus angesehen werden will, Verfängliches liegen soll. — Dabei ist aber nicht zu verkennen, dass jene Krämpfe des frühesten Kindesalters in den einzelnen Fällen selbst nicht immer die gleiche Genese und Bedeutung haben, z. B. einmal von Meningitis, das andere Mal von Würmern oder von Scharlach oder einer andern Intoxication abhängen können. Man mag diese verschiedenen Entstehungen der Krämpfe soweit als irgend möglich und muss sie unterscheiden und abscheiden. Es bleibt aber eine grosse Zahl von andern Fällen übrig, bei welchen keine derartigen besonderen Umstände nachzuweisen sind und welche theils unter sich eine bemerkenswerthe Gemeinschaftlichkeit zeigen, theils aber nach ihren äusseren und inneren causalen und wesentlichen Differenzen vorläufig nicht zu analysiren sind. Auch um solche Fälle rasch zu bezeichnen und über das, was man meint, sich schnell verständigen zu können, ist wiederum der Ausdruk Eclampsie ein durchaus unverfänglicher und nüzlicher. Man würde sich aber alles Vortheils desselben entschlagen und die richtige Einsicht sich eher erschweren, wenn man das Wort an ein specielles symptomatisches Moment binden wollte. Vielmehr thut man am besten, diejenigen Convulsionen der Kinder, welche nicht in ihrer Bedeutung und ihrem Verlaufe mit der Epilepsie der Erwachsenen übereinkommen, welche ebensowenig auf diagnosticirten Intoxicationen, Meningiten etc. beruhen, sondern als eine idiopathische oder reflectirte Hirnreizung auftreten oder aufzutreten scheinen, mit dem Ausdruk Eclampsie zusammenzufassen, und es kann diess um so weniger umgangen werden, als diese Fälle alltägliche Vorkommnisse und alltäglicher Gegenstand der Behandlung sind.

Die hervorragendsten Arbeiten über die Eclampsie der Kinder sind die Schriften von Baumès (Traité des convulsions dans l'enfance 1805), Peschier (Dissert. sur les maladies des enfants 1809), Dugès (Rech. sur les maladies les plus importantes et les moins connues des enfans nouveau-nés 1821 und Memoires de l'académie de médecine III. 303), Baudelocque (Thèse sur les convulsions 1823), Brachet (1824 und 1835 Traité des convulsions dans l'enfance), Papavoine (1830 Journ. des progrès III. 217), Constant (1833 Gaz. méd. I. 768), Zangerl (Ueber die Convuls. im kindl. Alter 1834), Guersant und Blache (1835 Dict. en XXX. XI. 137), ferner die verschiedenen Schriften über Nervenkrankheiten und Kinderkrankheiten, sowie über specielle Pathologie überhaupt.

II. Aetiologie.

Die Eclampsie der Kinder kommt am allerhäufigsten in den ersten Lebensmonaten, sodann ziemlich häufig bis zum Ende des zweiten Lebens-

jahres, später nur ausnahmsweise vor. Hereditäre Disposition ist unzweifelhaft: denn nicht nur werden in manchen Familien mehrere oder alle Kinder von Eclampsie befallen, sondern ziemlich häufig stammen auch die eclamptischen Kinder von Eltern, welche mit Epilepsie, Hysterie oder mit Hirnkrankheit jeder Art behaftet sind. Ein auffallender Geschlechtsunterschied für die Disposition zur Eclampsie ist nicht zu bemerken; dagegen zeigen schwächliche, zu früh geborene Kinder, vornehmlich aber solche, welche marastisch oder mit angeborener Syphilis geboren werden, eine so überwiegende Disposition, dass sie fast sämmtlich an der Krankheit leiden.

Wenn auch bei älteren Kindern häufig das Vorkommen der Eclampsie behauptet wird, so sind die dahin gezählten Fälle wohl eher als Epilepsieen oder auch als Symptome verschiedener anderer Gehirnkrankheiten anzusehen. Bouchut sah 10 Kinder derselben Eltern von der Eclampsie befallen werden; eines derselben verheirathete sich und gebar 10 Kinder, welche mit Ausnahme eines einzigen alle Convulsionen bekamen. — Die Eclampsie ist die gewöhnliche Todesursache bei den vorzeitig geborenen, dürftig organisirten und zumal bei den mit angeborener Syphilis zur Welt kommenden Kindern.

Eine Anzahl von Einflüssen kann bei disponirten und nicht disponirten Kindern die Eclampsie hervorrufen, oder wo sie schon Anfälle gemacht hat, deren Wiederausbruch veranlassen. Die Eclampsie erscheint dabei bald als primäre und einzige Störung, bald als secundäre, in welchem Falle das Vorhandensein der vorangehenden Krankheit oft allein zur Entstehung der Eclampsie genügt, oft aber neue hinzutretende Einflüsse die leztere zum Ausbruch bringen.

Die Verhältnisse, welche in dieser Beziehung als Ursache der Eclampsie angesehen werden können, sind so mannigfaltig und verschiedenartig, dass keine irgend erhebliche Einwirkung auf den kindlichen Organismus gedacht werden kann, welche nicht die Eclampsie bedingen könnte und dass zu jeder acuten wie chronischen, örtlichen wie allgemeinen Störung im Säuglingsalter eclamptische Krämpfe vorzugsweise häufig sich hinzugesellen. Die Eclampsie erscheint in dieser Beziehung ebensosehr als gemeinste Form der Theilnahme des Gesammtorganismus, wie im erwachsenen Alter das Fieber, und Säuglinge verfallen nicht leicht in Fieberbewegungen, ohne dass eclamptische Zufälle zugleich mit einträten. Doch bleibt nicht nur in Betreff der individuellen Dispositionen ein Unterschied in der Häufigkeit und Heftigkeit der eintretenden eclamptischen Anfälle, sondern es sind auch einzelne veranlassende äussere Einwirkungen und einzelne Krankheitsformen mehr als andere geneigt, Eclampsieen herbeizuführen.

Von äusseren Einwirkungen, welche einen überwiegenden Einfluss auf Entstehung der Eclampsie haben, sind zu nennen: heftige und plözliche Sinneseindrüke, Heisshalten des Kopfs und andererseits Einwirkungen zu tiefer Temperatur, schlechte, ungeeignete und unverdauliche Nahrung, brüske Veränderung derselben, wie es scheint, auch eine gewisse, weder durch chemische, noch physicalische Mittel nachzuweisende Veränderung der zur Nahrung dienenden Frauenmilch, welche besonders nach Gemüthsbewegungen der Stillenden einen nachtheiligen Einfluss auf den Säugling zu erhalten und Eclampsieen hervorbringen zu können scheint.

Unter den Erkrankungen, in deren Verlauf Eclampsie vorzugsweise häufig eintritt, sind hervorzuheben: alle Krankheiten des Gehirns, alle acuten Affectionen im Gesicht, in der Mundhöhle (selbst die Zahnentwiklung, wenn sie irgend gestört ist) und am Halse; alle Störungen des Digestionsapparates, besonders aber die choleraartigen Zufälle und die enteritischen

Diarrhoeen, ferner der Krampfhusten, die acuten Exantheme, alle Krankheiten, welche anämische und marastische Zustände höheren Grades hervorrufen.

Man kann hienach die Convulsionen der Kinder nach ihrem Vorkommen und ihrer Entstehung in folgende Categorieen theilen:

1) Convulsionen, welche von einer primären und selbständigen Affection des Gehirns abhängen: cerebrale Eclampsieen, und diese können sein:

a) solche, bei welchen das Gehirn noch andere Veränderungen zeigt, als deren einziges oder Nebensymptom die Convulsionen auftreten: symptomatische Cerebraleclampsie;

b) solche, bei welchen die Eclampsie die einzige wahrnehmbare Functionsstörung ist und ebensowenig die Necroscopie eine Veränderung in dem Gehirn und seinen Häuten auffinden lässt: rein irritative oder dynamische Cerebraleclampsie;

c) solche, bei welchen zwar andere Affectionen des Gehirns vorhanden sind, jedoch von solcher Art, wie sie gewöhnlich ohne eclamptische Zufälle bestehen, so dass die Convulsionen nur als eine zufällige Complication neben einer beliebigen sonstigen Cerebralstörung erscheinen;

2) Eclampsieen, bei welchen die Convulsionen von einer allgemeinen Störung abhängen, von einer Intoxication, Infection, oder Theilerscheinung des Fiebers sind;

3) Eclampsieen, bei welchen durch eine extracephale Localerkrankung die Hirnstörung angeregt wird, mag nun die leztere als eine rein irritative oder als eine auf anatomischen Veränderungen beruhende sich darstellen: sympathische Eclampsieen.

Man darf sich jedoch nicht zu der Meinung verleiten lassen, als ob man den Einzelfall nach diesem Schema stets zu rubriciren vermöchte; denn sogar in der Mehrzahl der Fälle fehlen zu viele Momente für die Beurtheilung, als dass die Verhältnisse nach allen Seiten einsichtlich werden könnten. Es ist sogar unzweifelhaft, dass in einem und demselben Falle gleichzeitig mehrere der genannten Umstände realisirt sein können, dass z. B. bei einer schon bestehenden Cerebralirritation oder einer vorhandenen anatomischen Störung durch eine Infection oder durch eine beliebige Localkrankheit der Ausbruch der Convulsionen noch determinirt werden kann. Ueberhaupt hat man hier wie überall den Grundsaz festzuhalten, zwar im Princip die Verhältnisse zu analysiren, dabei aber nicht zu vergessen, dass sie fast immer im concreten Falle verwikelt sind.

III. Pathologie.

Die Eclampsie stellt sich überwiegend in Form von Paroxysmen dar. Mehr anhaltende und ruhigere Symptome, welche zu ihr zu rechnen sind, erscheinen theils als rudimentäre Anfälle, theils als die Vorläufer von Paroxysmen, theils als Uebergänge von diesen zum normalen Zustande, theils endlich füllen sie in schweren Fällen die Pausen zwischen den einzelnen Paroxysmen aus.

Die Paroxysmen selbst können ganz unvorbereitet eintreten oder durch leichtere bald zweifelhaftere, bald entschiedenere Andeutungen angekündigt werden. Aber solche Zufälle, welche die Vorzeichen eines Paroxysmus darzustellen pflegen, können auch wieder vorübergehen und sich verlieren, ohne dass jemals ein Anfall sich einstellt. Oft ist längere Zeit hindurch, selten ganz anhaltend, meist mit Unterbrechungen ein leichtes convulsivisches Spiel der Muskel oder auch nur eines einzelnen Muskelgebietes zu bemerken: diess kann sich wieder verlieren, es kann sich allmälig zu den heftigeren Formen steigern, oder es kann plözlich mit oder ohne neue Ursachen ein gewaltiger Paroxysmus sich entwikeln.

Die Heftigkeit und Bedeutung der Krankheit liegt einerseits in dem Grade der Paroxysmen, andererseits in dem Verlaufe und in der Dauer der Störung.

In Betreff des Grades der Paroxysmen lassen sich sehr verschiedene Stufen unterscheiden.

Die geringfügigsten Zeichen der Eclampsie bestehen in einer gewissen Spannung des Muskelsystems oder einzelner Muskel, was sich vornehmlich durch straffere und überwiegende Flexionen, Einschlagen der Finger, Anziehen der Beine und durch die Schwierigkeit, diese Theile passiv in gestrekte Lage zu versezen, sowie durch einen eigenthümlichen gespannten Ausdruk des Antlizes und einen starren Blik kundgibt. Daran reihen sich leichte Zukungen in verschiedenen Muskeln, leichte Verdrehungen und anhaltender Schiefstand der Bulbi, Verziehungen der Gesichtsmuskel wie zum Lächeln (Risus Sardonicus) oder auch in anderer Weise. Diese Zufälle treten bald im Schlafe ein, bald stellen sich dieselben in Momenten der Aufregung (Schmerzen u. dergl.) während des wachen Zustandes her, bald treten sie während des lezteren ganz ohne sichtbare Veranlassungen ein und können sogar in einer gewissen Art habituell werden, wobei jedoch Schwankungen und Wechsel dieser Symptome nicht ausgeschlossen sind. Wenn sie sich im wachen Zustande einstellen, so verlieren die Kinder gewöhnlich nicht das Bewusstsein; doch scheint es zuweilen, dass eine vorübergehende Unbesinnlichkeit und Erstarrung bei stärkerem Hervortreten dieser Symptome stattfinde: die Kinder zeigen in solchen Augenbliken einen leeren Blik, verlassen mitten im Saugen die Warze, hören eine kurze Zeit auf zu schreien und scheinen auch nicht zu beachten, was um sie vorgeht. Häufig bemerkt man eine auffällige und rasch wechselnde Veränderung der Gesichtsfarbe, die bald roth und selbst bläulich, bald ebenso schnell bleich wird. Die Gesichtszüge sind, auch wenn das Antliz nicht von Krämpfen befallen ist, nicht ganz natürlich, haben einen kranken und oft collabirten Ausdruk, die Kinder scheinen verstimmt, sind leicht erregbar, weinerlich, ihr Schlaf ist unruhig, kurz und oft unterbrochen, und sowohl im Schlafe, als im wachen Zustande fahren sie oft plözlich zusammen, als ob sie erschrekt würden.

In etwas heftigeren Fällen sind nicht nur die stattfindenden Verzerrungen des Gesichts, die Verdrehungen der Augen stärker, sondern es kommen auch allgemeinere Zukungen und selbst beträchtlichere Verdrehungen der Glieder; vornehmlich aber ist die vollkommene Betäubung der Kinder für diese Fälle characteristisch und überdauert gewöhnlich die Krampfzufälle. In dieser Betäubung liegen die Kinder mit halbgeöffneten Augen, nach oben gerichtetem Bulbus, dessen Cornea unter dem oberen Augenlid verborgen ist, oft mit nach rükwärts gezogenem Kopfe, nicht selten auch mit einiger Rükwärtsbeugung des Rumpfes, meist mit schlaffen Gliedern, aber eingeschlagenen Fingern und Daumen Minuten und selbst Stunden lang da, scheinen zu schlafen, sind aber durch die gewöhnlichen Mittel nicht zu erweken (stille Gichter). Oft wird die Haut kühl, das Gesicht auffallend bleich und entstellt, während es in andern und darum häufig zu Täuschung Veranlassung gebenden Fällen seinen natürlichen Ausdruk behält. — Es kann bei dieser noch mässigen Entwiklung der Eclampsie sein Bewenden haben. Solange aber solche Symptome, wenn auch mit Pausen von freiem Bewusstsein und wirklich ruhigem Schlafe

sich noch zeigen und nicht eine geraume Zeit hindurch ausgeblieben sind, hat man immer noch den Wiedereintritt der Eclampsie und namentlich den Ausbruch noch schwererer Zufälle zu fürchten. Nicht selten beobachtet man jedoch, dass der soporöse Schlaf unter allmäligem Erschlaffen der gespannten Muskel fast unmerklich in einen natürlichen übergeht, und es ist in solchen Fällen oft längere Zeit hindurch nicht zu entscheiden, wie man die eingetretene Ruhe des Kinds anzusehen hat, besonders dann, wenn die eclamptischen Zufälle im Verlaufe anderer Krankheiten aufgetreten sind.

In den höchsten Graden der Eclampsie, welche als vollkommen entwikelte Anfälle anzusehen sind, ist die Betäubung ebenso vollständig; die Sinne percipiren gar nichts. Die Verzerrungen der Gesichtsmuskel sind vollständiger und allgemeiner. Die Bulbi zeigen entweder die höchsten Grade von Strabismus, oder sie stehen starr, oder rollen hin und her; die Pupille ist bald eng, bald weit und ohne Reaction. Der Mund ist bald krampfhaft geschlossen, bald wird der Unterkiefer schnell gegen den Oberkiefer bewegt, bald findet sich heftiges Zähneknirschen; in der Mundhöhle sammelt sich Schaum an, der durch die convulsivischen Bewegungen der Zunge geräuschvoll hin und her bewegt oder nach aussen getrieben wird. Auch Glottiskrämpfe gesellen sich häufig dazu und sind oft schon im Momente des Ausbruchs vorhanden. Kopf und Naken sind bald steif nach hinten gebogen, bald ist der Kopf in beständiger rotirender Bewegung oder wird er heftig nach den Schultern geschleudert. Die Rumpfmuskel sind steif, der Rumpf bald nach vorn, bald seitlich, am häufigsten nach hinten gebogen. Auch die Bauchmuskel fühlen sich hart an. Die Glieder werden in der mannigfaltigsten Weise verdreht, erschüttert und vorübergehende tetanische Starrheit wechselt mit diesen Convulsionen ab. In Folge der Larynx- und Zwerchfellkrämpfe wird die Respiration stürmisch, mühsam und geräuschvoll; der Puls ist meist schnell und klein, zuweilen auch unverändert. Das Gesicht, anfangs blass und kühl, wird allmälig bläulich. — Nach einem solchen Anfalle pflegen die Kinder aufs Tiefste erschöpft zu sein, erhalten nur langsam die Besinnlichkeit, bleiben oft längere Zeit schläfrig und hinfällig.

Während der einzelne Anfall, wenn er einen heftigen Paroxysmus darstellt, selten länger als einige Minuten dauert, können die leichteren Anwandlungen Stunden und Tage anhalten.

Die Dauer der ganzen Krankheit ist unbeschränkt. Zuweilen zeigt sich, besonders bei stärker und momentan einwirkenden Ursachen auf Nichtdisponirte nur ein einziger Anfall, bald heftigeren, bald milderen Grades. In den meisten Fällen dagegen wiederholen sich dieselben ohne alle Regelmässigkeit zu verschiedenen Malen, ja selbst in sehr grosser Anzahl. Heftige Paroxysmen wechseln mit leichteren und mit blossen Andeutungen solcher ab. In schweren Fällen zeigen die Pausen zwischen den heftigeren Paroxysmen die Symptome der leichteren Grade und tritt über die ganze Dauer oder doch auf der Höhe der Krankheit keine vollständige Intermission ein.

Während durch einen einzelnen eclamptischen Anfall oder eine spar-

same Wiederholung von Paroxysmen der Gang der Gesundheit oder der sonst bestehenden krankhaften Störung nicht oder kaum alterirt wird, zeigt sich in andern Fällen durch die rasche Aufeinanderfolge der Paroxysmen und die Unvollkommenheit der Pausen die Eclampsie als eine zusammenhängende Krankheit, welche oft bald weit mehr die Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt, als diejenige Störung, der sie consecutiv ist. Sie kann dabei in wenigen Tagen, selbst Stunden tödtlich verlaufen oder über Wochen, selbst Monate sich ausdehnen, Remissionen und Schwankungen bilden oder in unaufhaltsamem progressivem Verlaufe zum Tode führen.

Die Ausgänge der Eclampsie sind:

vollkommene Genesung, welche nicht nur in den leichteren und kurzdauernden Fällen meist eintritt, sondern auch in schwereren und langdauernden noch zu hoffen ist;

oder es bleiben Nachkrankheiten zurük: am häufigsten Contracturen, besonders der Bulbusmuskel (Schielen), auch einzelner Extremitätenmuskel, sowie der Halsmuskel; seltener Paralysen; zuweilen ein Zustand von allgemeiner Gereiztheit des Nervensystems, eine Abnahme oder ein Stillstehen der psychischen Entwiklung; nicht selten schliessen sich, besonders bei den chronisch werdenden oder nach längeren Pausen immer aufs Neue sich wiederholenden Eclampsieen epileptische Anfälle an, wobei der Punkt des Uebergangs von der Eclampsie in die Epilepsie nicht angegeben werden kann;

der Ausgang in den Tod kann erfolgen: bald plözlich in einer Convulsion oder durch Erstikung wegen Glottiskrampfes; in der soporösen tiefen Erschöpfung kurze Zeit nach einer heftigen Convulsion; unter immer häufiger werdenden, aber allmälig sich abschwächenden Convulsionen; nach Aufhören der Convulsionen, indem ein comatöser Zustand und tiefe Prostration mit kleinem, unzählbarem Pulse sich anschliesst und paralytische Symptome sich einstellen; endlich in Folge derjenigen Krankheit, welcher die Eclampsie consecutiv ist.

Der Unterschied dieser Krankheitsform von der Epilepsie liegt mehr in der ganzen Bedeutung derselben, als in einzelnen Symptomen. Die Eclampsie der Kinder erscheint nämlich in ihren leichtesten Anfängen und schwächsten Graden als ein Verhalten, das fast als normale Reaction des kindlichen Organismus bei gewissen äusseren Eindrüken und Störungen der Functionen anzusehen ist. Wenigstens grenzt sie in einer Weise an das normale Geschehen, wie das bei der Epilepsie der Erwachsenen, selbst in ihren rudimentärsten Anfällen niemals der Fall ist. Der geringste Anfall epileptischer Art bei einem Erwachsenen, der nur als ein leichter Schwindel auftritt, ist, sobald er sich wiederholt, das wichtige Anzeichen einer höchst schweren Krankheit; weit ausgesprochenere Grade der Eclampsie dagegen bietet fast die Mehrzahl der Kinder dar und selbst ziemlich heftige Paroxysmen können im Säuglingsalter vorkommen, ohne dass man etwas Anderes zu fürchten hat, als eine an sich transitorische und nur unter ungünstigen Umständen gefahrdrohende Erregtheit des Gehirns. Wo die Eclampsie der Kinder einem schlimmen Ausgang entgegengeht, geschieht das fast immer nur, weil die extracephalen Organe oder die Gesammtconstitution Verhältnisse darbieten, welche dieses zarte Alter nicht zu ertragen vermag, und die eclamptischen Zufälle für sich werden fast nur bei einer beträchtlichen Steigerung, raschen Wiederholung die wesentliche Ursache des Untergangs. Und zwar liegt die Gefahr, die von ihnen zu erwarten ist, nicht wie bei der Epilepsie in der Entwiklung eines chronischen Leidens und einer allmäligen, langsam sich vorbereitenden Zerrüttung der Cerebralfunctionen, sondern sie ist fast immer nur eine nächstliegende, nur die Gefahr, dass das Individuum die heftigen und sich rasch

folgenden Explosionen nicht zu überstehen vermag. — Allerdings gibt es **Fälle der** Eclampsie der Kinder, welche sich der Epilepsie der Erwachsenen auch in Betreff ihres Gesammtverhaltens mehr nähern, so namentlich die Fälle, welche bei etwas älteren Kindern vorkommen, und in der That ist hier keine strenge Grenze zu ziehen. Die ersten Anfälle, welche im Säuglingsalter aufgetreten waren, können ganz den transitorischen Character der gemeinen Kindereclampsie haben und ohne weitere Nachtheile vorübergehen; aber neue Einwirkungen rufen abermals Paroxysmen hervor und so nistet sich allmälig die habituelle Neigung zu den Krämpfen ein, diese kommen mehr und mehr spontan und der Character der Epilepsie ist eben damit erreicht. Ein solches Verhalten kommt zumal bei Kindern vor, welche durch ursprüngliche und hereditäre Anlage die Prädisposition für die Epilepsie haben.

Wenn der Hauptunterschied der Eclampsie in der Bedeutung der Krankheit liegt, so sind doch auch einzelne Verhältnisse bei dieser Krankheit abweichend von dem, was bei Epilepsie zu geschehen pflegt: es ist ungewöhnlich und sogar sehr selten, dass der eclamptische Anfall mit einem Schrei beginnt; ebenso ist meist das Geifern nicht zu bemerken; auch das Beissen in die Zunge kommt selbst bei etwas älteren Kindern nur ausnahmsweise vor; die Paroxysmen haben weniger scharfe Grenzen, mehr einen verzettelten Verlauf und der eclamptische Habitus gibt sich durch auffallendere Erscheinungen kund, d. h. die Intervalle zwischen den Anfällen sind immer noch dauernd oder zeitweise von einzelnen spasmodischen Zufällen verunreinigt; Paroxysmen wie Symptome des Habitus sind weit mehr von dem übrigen Verhalten des Körpers, von dem Stande und Gange sonstiger Krankheit, von äusseren Einwirkungen abhängig, als das jemals bei der Epilepsie zu sein pflegt.

IV. Therapie.

Bei Kindern, welche aus irgend einem Grunde eine Prädisposition zur Eclampsie verrathen oder auch schon die ersten Zeichen der leichtesten Grade kundgegeben haben, ist ein sorgsames diätetisch-hygieinisches Verfahren einzuhalten.

Hiebei muss vorzüglich beachtet werden:

die Vermeidung alles dessen, was Blutüberfüllungen des Gehirns herbeiführen kann, namentlich der warmen Schlafräume, der warmen Kopfbedekung, der zu festen Bekleidung, und dagegen ein kühles Verhalten des Kopfes und die Ermöglichung ausgedehnter und freier Bewegungen der Glieder. In dem Alter, in welchem die geistigen Functionen zu erwachen anfangen, muss aufs Strengste eine Förderung und Beschleunigung ihrer Entwiklung vermieden werden;

ferner Vermeidung alles dessen, was die Functionirung des Magens und Darms stören könnte: jeder Ueberfüllung, jeder schwer verdaulichen oder für das kindliche Alter unangemessenen Nahrung, jedes Diätfehlers der Säugenden, jeder Verstopfung und es ist für täglichen, mindestens einmaligen Stuhl Sorge zu tragen;

von grossem Vortheil ist ein möglichst ausgedehnter Genuss frischer Luft und es ist nicht nur dafür Sorge zu tragen, dass in den Schlafräumen die Luft genügend erneuert wird, sondern selbst bei kalter Witterung ist das Austragen der Kinder nicht zu scheuen, unter Umständen kann sogar der Wechsel des Aufenthaltsorts und des Climas zwekmässig werden;

kalte Waschungen und selbst kühle Bäder sind ein weiteres wirksames Mittel, die Neigung zu Convulsionen zu vermindern;

verdoppelte Sorgfalt und Vorsicht muss eintreten, wenn die Zahnperiode sich nähert oder wenn irgend eine der dem kindlichen Alter eigenthümlichen leichten Störungen einzelner Theile eintritt, wie die Intertrigo, der Soor, die übermässige Säure des Magensaftes, die Coliken, die Diarrhoeen, welche Zufälle so schnell wie möglich beseitigt werden müssen.

Sobald entschiedenere Symptome der Eclampsie eingetreten sind oder gar ein Anfall sich hergestellt hat, so hat man zunächst nach etwaigen Ursachen, sei es in den äusseren Einflüssen und dem Verhalten des Kindes, sei es in Betreff localer Störungen zu forschen und hienach zu verfahren.

In solcher Weise kann der Wechsel der Amme, die Anwendung eines Brechmittels, eines aromatischen Thees u. dergl. m. zugleich das am raschesten wirksame, wie das einzig richtige Heilverfahren gegen die beginnende Krankheit sein.

Man hat ferner beim Eintritt von Convulsionen zunächst zu überlegen, ob man es mit einem wohlgenährten, vollsäftigen oder gar überfütterten Kinde, oder aber mit einem schwächlichen, dürftige und zweifelhafte Nahrung erhaltenden, durch häufigen Wechsel der Amme, durch Coliken und Diarrhoeen heruntergekommenen oder gar marastischen Kinde zu thun hat. Im ersteren Falle ist eine Verminderung der Nahrungsmittel, fleissiger Gebrauch der frischen Luft. Anwendung von mässigen Laxiren (Calomel, Rheum), das Ueberschlagen von kaltem Wasser über den Kopf und in dringenden Fällen selbst das Anlegen von 1 — 2 Blutegeln am vortheilhaftesten. Dieselben Mittel würden in der zweiten Reihe der Fälle geradezu schädlich wirken, vielmehr ist bei solchen ein wärmeres Verhalten, grosse Sorgfalt für kräftige Ernährung, Anwendung von untadelhafter Frauenmilch und wenn die Umstände dies nicht gestatten, von Fleischbrühe, selbst von kleinen Dosen Weins, ferner kräftigende und Nahrungsstoffe enthaltende Bäder und Herstellung eines mehr angehaltenen Stuhls das richtige Verfahren.

Dauert troz der Berüksichtigung der Ursachen und troz des diätetischen Verhaltens der habituelle convulsivische Zustand fort oder wiederholen sich sogar die Paroxysmen, so ist von Allen, welche das Mittel angewandt haben, das Zinkoxyd als das wirksamste Medicament anerkannt, und es steht seiner Anwendung um so weniger entgegen, als eine nachtheilige Einwirkung desselben, mit Ausnahme von Erbrechen, welches nicht leicht weitere Folgen hat, von diesem Mittel nicht zu befürchten steht.

Nur ausnahmsweise und unter ganz besonderen Umständen (bei sehr in die Länge sich ziehendem Verlaufe) kommen bei der Eclampsie der Kinder andere gegen die Krämpfe selbst verwendete innere Medicamente, wie Wismuth, Valeriana, Artemisia, Asa foetida in Gebrauch. Dagegen erscheint es ganz zwekmässig, Bäder verschiedener Art, bald mehr milde, bald mehr reizende (Laugenbäder), sowie andere mässige Reizmittel der Haut und des unteren Darms (Essigklystire) zu versuchen, obwohl sie nicht in allen Fällen gut ertragen werden und sehr empfindliche Kinder dadurch leicht in erneuerte Krämpfe verfallen, während bei andern eine vortheilhafte Einwirkung dieser Anwendungen unverkennbar ist.

Während des eclamptischen Paroxysmus kann man sich häufig auf kleine Hilfen beschränken, wie Entfernung alles Beengenden, Sorge für frische Luft und zwekmässige Lagerung des Kindes. Bei Fortdauer oder bei grosser Heftigkeit des Anfalls oder bei raschen Wiederholungen von solchen kann man Senftaige legen, Laugenbäder geben, Essigklystire sezen, kalte Ueberschläge auf die Stirn legen, hat auch kalte Uebergiessungen des Kopfs und des ganzen Körpers empfohlen, was aber ein zweideutiges Mittel und nicht immer ohne Nachtheil ist. Etwas Ammoniak als Riechmittel, eine vorsichtige Anwendung von Chloroform kann gleichfalls versucht werden.

Bei dem Sopor, welcher unmittelbar auf einen Anfall folgt, ist, solange die Umstände noch nicht gefahrdrohend erscheinen, die Anfälle sich noch nicht häufig wiederholt haben und der Sopor nicht zu anhaltend ist, keine weitere besondere Therapie nöthig. Man hat das Kind in Ruhe zu lassen und nur nach den Umständen zu verfahren: bei heissem Kopfe kalte Ueberschläge zu machen, Senftaige zu legen, bei fortdauernden Zukungen während des Schlafs ein warmes Bad oder ein Laugenbad zu versuchen, und wenn das Coma sich etwas in die Länge zieht, die Ernährung nicht zu versäumen, behufs welcher das Kind womöglich aufgewekt werden muss. — Wenn sich jedoch der Sopor in einer bedenklichen Weise verlängert, die Pausen von zahlreichen Paroxysmen so ausfüllt, dass das Kind gar nicht mehr besinnlich wird, so hat man, wenn der Kopf noch roth und das Kind kräftig ist, eine kleine Blutentziehung am Kopfe, kalte Ueberschläge, ein mildes Laxans, ein Essig- oder Saifenklystir, ein mildes Bad zu versuchen. Ist das Kind aber kühl, collabirt, bleich, lebensschwach, so kann man innerlich etwas Ammoniak, Valeriana, Moschus zuweilen noch mit Vortheil anwenden und reizende Bäder in Gebrauch ziehen.

Nach dem Anfall ist besonders verdoppelte Sorgfalt und absoluteste Ruhe unerlässlich. Es hat sofort die Therapie gegen die Gesammtkrankheit einzutreten, mit

welcher man um so weniger zu zögern hat, je heftiger der Anfall und je tiefer das Coma nach ihm war.

4. Eclampsie der Schwangern, Gebärenden und Wöchnerinnen.

I. Die Eclampsie der Schwangern, Gebärenden und Wöchnerinnen, wenngleich schon früher hin und wieder beachtet, wurde zuerst von Sauvages als dritte Species seines Genus Eclampsie (Eclampsia parturientium) aufgestellt. Seit dieser Zeit kann man drei Perioden einer aufmerksameren Beachtung dieser Krankheitsform verfolgen. Die erste, welche in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts fällt und eine ziemliche Anzahl einzelner Abhandlungen geliefert hat, zeigt jedoch wenig hervorragende Leistungen; es sind am meisten hervorzuheben: Denman (Ess. on puerperal convulsions 1768), Gehler (de eclampsia parturientium 1776), Bland (Aus dem London medical journal 1781. In der Sammlung auserlesener Abhandlungen VII. 498), Petri (de convulsion. gravidar., partur. et puerper. 1790), Boër (Abhandl. u. Vers. III. 192). — In der zweiten Periode, von Anfang der zwanziger bis Mitte der dreissiger Jahre tritt vornehmlich das Bestreben hervor, die Convulsionen der Schwangerschaft und des Wochenbetts in ihren Unterschieden von andersartigen Krampfformen systematisch festzusezen, die verschiedenen Umstände und Modificationen, unter denen sie vorkommen, als Species aufzustellen (congestive und anämische Krämpfe, apoplectische, tetanische etc. Formen der Ecl. partur.), die Häufigkeit und die Umstände ihres Vorkommens auf statistischem Wege zu bestimmen, endlich festere Regeln für die Behandlung derselben zu geben. Es sind aus dieser Periode besonders hervorzuheben: Baudelocque (Thèse de l'eclampsie 1821), Dewees (Essay on various subjects connected with midwifery 1823. Uebers. in d. Samml. auserl. Abhandl. XXXII. 236), Miguel (Traité des convulsions sur les femmes enceintes etc. 1823. Uebers. von Cerutti), Velpeau (des convulsions sur les femmes pendant la grossesse, pend. le travail etc. 1834. Deutsch von Bluff); ausserdem die Dictionärabhandlungen von Dugès (Dictionn. de méd. pr.), Locock (Cyclop. of pract. med.), Copland und die zahlreichen in jener Zeit erschienenen Werke über Geburtshilfe und Gynäcologie. — Nach dieser Zeit trat, wie überhaupt das Interesse für Nervenkrankheiten, so auch das für die Eclampsia parturientium zurück und keine erheblichen Thatsachen wurden über dieselben veröffentlicht, bis in neuester Zeit durch die Frage über den Zusammenhang der Eclampsie mit der Bright'schen Niere abermals eine aufmerksamere Beachtung der Krankheit veranlasst wurde. S. darüber die speciellere Literatur bei der Aetiologie (Erörterung des Zusammenhangs der Albuminurie mit der Krankheit). Während jedoch von den Meisten nur dieses Verhältniss in Berücksichtigung gezogen wurde, so finden sich umfassende Darstellungen der Krankheit bei Kiwisch (die Krankheiten der Wöchnerinnen 1840. II. 195) und bei Krause (Theorie und Praxis der Geburtshilfe 1853. II. 466).

II. Aetiologie.

Die Eclampsie der Schwangern, Gebärenden und Wöchnerinnen gehört zu den selteneren Affectionen: man kann auf 400—500 Geburten ungefähr einen Fall von Eclampsie rechnen. — Sie tritt äusserst selten oder nie in den ersten Schwangerschaftsmonaten ein, nimmt im 8ten und 9ten Schwangerschaftsmonat schnell an Frequenz zu, wird unmittelbar vor der Geburt, während derselben und in den ersten Tagen nach ihr am häufigsten, um von da an wieder rasch an Frequenz abzunehmen. Tritt sie während der Geburt ein, so beginnt sie in der grössten Mehrzahl der Fälle in den ersten beiden Perioden derselben.

Erstgebärende werden überwiegend häufiger von der Eclampsie befallen, als Mehrgebärende. Robuste und vollblütige, dabei aber sehr reizbare Frauen stehen ebenfalls in erhöhter Disposition. Zwillingsgeburten, Bekenenge, Lagenfehler und andere Regelwidrigkeiten erhöhen die Disposition.

Die Eclampsie kann als primäre Affection auftreten oder andern Stör-

ungen consecutiv sein: namentlich befällt sie häufig die mit Bright'scher Nierenentartung, mit Oedem und Wassersucht behafteten Gebärenden, folgt ferner auf Blutverluste oder schliesst sich an epileptische und hysterische Paroxysmen an.

Unter 124,130 Geburten, welche zehn glaubhafte Autoren zusammenstellten, waren 275 Fälle von Eclampsie, was ein Verhältniss von 1 : 451 gibt. Es bleibt hiebei auffallend, dass manche Autoren die Krankheit ungemein häufig, andere dagegen sie ziemlich selten beobachteten: denn während die Lachapelle unter 38,000 Geburten nur 67 und Braun unter 24,000 nur 52 Fälle (worunter mehrere nicht hergehörige) von Convulsionen sahen, beobachtete Velpeau die Krankheit unter 2000 Entbindungen 21- und Merriman unter der gleichen Menge sogar 48mal. Ferner sahen einzelne Geburtshelfer die Krankheit zu gewissen Zeiten auffallend häufig und beobachteten dann lange keinen Fall davon: Kiwisch sah die Eclampsie in 5 Wochen 4mal, Krause in 2 Jahren 8mal und in den folgenden 10 Jahren nur 2mal. Was der Grund dieser Cumulation und andererseits des Seltenwerdens der Affection ist, lässt sich nicht mit Sicherheit angeben; indessen wird ein ähnliches Verhalten auch bei andern Krankheiten des Nervensystems, z. B. dem Tetanus beobachtet. — Die überwiegende Disposition der Erstschwangern ist so gross, dass unter 5 Eclamptischen nur Eine sich findet, welche nicht zum erstenmale schwanger ist. Doch sind auch Fälle bekannt geworden, wo in der 11ten (Dumont) und in der 12ten Schwangerschaft (Caleb Rose) zum erstenmal die Convulsionen eintraten. Nach manchen Beobachtern sollen ungünstige mechanische Verhältnisse der Geburtstheile während der Schwangerschaft und namentlich während der Geburt (und zwar sowohl solche von Seiten der Mutter: Bekenverengerung, Resistenz des Muttermundes, als die vom Kind ausgehenden: Zwillingsschwangerschaft, ungewöhnliche und falsche Kindeslagen, Placenta praevia etc.) einen Einfluss auf die Entstehung der Krankheit üben. Bei vorzeitigen Geburten und todten Früchten soll die Krankheit häufiger entstehen. Wieweit Gemüthsaffecte, Störungen der Verdauung, Genuss von Spirituosis Einfluss auf die Entstehung der Krankheit haben, lässt sich schwer bestimmen; dass dagegen starke Blutverluste während der Geburt die Eclampsie bedingen können, scheint unzweifelhaft zu sein.

Schon früher hatte man die Bemerkung gemacht, dass die Eclampsie besonders häufig dann bei Schwangern und Gebärenden sich einstellt, wenn dieselben von Wassersucht oder doch von Hautödem befallen sind (Dugès, Velpeau). Hieran reihen sich die neuerlichen Beobachtungen, welche auf einen Zusammenhang zwischen der Eclampsia parturientium und der Bright'schen Niereninfiltration hinweisen. Lever (Guy's Hosp. rep. B. I. 495) hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass er in der Mehrzahl der Fälle, wo er bei Eclampsie der Schwangern und Gebärenden den Harn untersuchte, ihn eiweisshaltig fand. Es ist jedoch bemerkenswerth, dass alle diese Fälle, mit Ausnahme eines einzigen, in welchem die Section nicht gemacht wurde, mit Gesundheit endeten, und es ist ebenfalls hervorzuheben, dass in einem andern von ihm mitgetheilten tödtlich werdenden Falle (Case X.) die Abwesenheit des Eiweissgehalts im Harn ausdrücklich bemerkt ist. Nach ihm haben Devilliers und Regnauld (Arch. gén. D. XVII. 295 ff.) eine weitere Anzahl von Fällen hydropischer Schwangerer mit Albuminurie bekannt gemacht, in welchen auffallend häufig (11mal unter 20 Fällen) Eclampsie eintrat. Blot dagegen (Union médic. 1850 Nro. 122) bemerkte, dass unter 205 Schwangern 41 Eiweiss im Harn hatten, das bald nach der Entbindung verschwand, dass unter diesen nur 7 von der Eclampsie befallen wurden; während des Eintritts der Krämpfe zeigte sich der Eiweissgehalt beträchtlich vermehrt, nahm aber bald darauf wieder ab. Seither ist das Verhältniss des Eiweissharns und der Bright'schen Niere zur Eclampsia parturientium vielfach Gegenstand theoretischer Erörterungen und directer Forschung durch die Beobachtung gewesen, und namentlich haben Litzmann (Deutsche Klinik 1852 Nro. 19) und Braun (Wiener medic. Wochenschrift 1853 pag. 357) auch die Anwesenheit der Faserstoffcylinder im Harn nachgewiesen. Die Meinungen über diese Verhältnisse haben sich jedoch noch nicht geklärt. Während die Einen nämlich eine regelmässige Coincidenz der Eclampsie mit Bright'scher Niere behaupten und daraus folgern, dass die erstere nichts anderes als ein Symptom der Urämie sei (Frerichs, Litzmann), lassen Andere wenigstens in exceptioneller Weise weitere Ursachen der Eclampsie zu (Braun l. c.), und noch Andere geben zwar ein zeitweises Zusammenfallen beider Affectionen, ja selbst eine Prädisposition der Hydropischen zu den Convulsionen vollkommen zu, theilen jedoch die daran geknüpfte Theorie nicht, dass die Krämpfe durch die Gegenwart von Harnbestandtheilen im Blute und ebensowenig dass sie

von kohlensaurem Ammoniak darin hervorgebracht werden (Depaul, Kiwisch, Krause). In der That muss, selbst angenommen dass die Nierenaffection und ihre Folgen einen Einfluss auf Hervorrufung der Krämpfe haben, irgend ein sonstiges Moment den Ausschlag zu lezteren geben. Denn nicht nur beobachtet man sehr oft bei hydropischen und mit Bright'scher Niere behafteten Schwangern und Gebärenden keine Eclampsie, sondern es ist bei der so häufig vorkommenden Bright'schen Nierenentartung Nichtschwangerer unter den mannigfaltigsten Umständen das Eintreten von Convulsionen geradezu eine Seltenheit. Jenes den Ausschlag gebende Moment kann aber nicht in der Geburt liegen, da in so häufigen Fällen die Eclampsie vor dem Beginne derselben sich einstellt. Vergl. über diese noch schwebende Frage die ausführliche Auseinandersezung von Krause (op. cit. pag. 495 ff.)

III. Pathologie.

In manchen Fällen gehen der Eclampsie einzelne oder zahlreichere Vorboten voran: Kopfschmerz, Schwindel, Flimmern vor den Augen, unruhige und aufgeregte Stimmung, Uebelkeit, Erbrechen, Schmerzen in verschiedenen Gegenden des Unterleibs, zuweilen auch leichte Zukungen in einzelnen Gesichts- und Extremitätenmuskeln, ein Zustand von Blutüberfüllung des Kopfs mit mehr oder weniger ausgesprochenem Coma. Diese Vorboten dauern bald kürzere, bald längere Zeit, sind aber in keinem Falle so bestimmt, dass man aus ihnen die bevorstehende Krankheit auch nur vermuthen könnte; sie werden um so leichter übersehen, wenn die Eclampsie in den ersten Geburtsperioden eintritt, da diese gerade die mannigfachsten Störungen des Allgemeinbefindens veranlassen. — In den meisten Fällen beginnt die Eclampsie plözlich und mit einem Schlage, oder ist sie wenigstens nur durch ganz momentane Vorläufer, wie Zittern und Zuken in den Beinen, leichte Zukungen des Gesichts, welche nur wenige Secunden lang dauern, angekündigt.

Alsbald treten die heftigsten allgemeinen Krämpfe mit vollkommener Bewusstlosigkeit ein: heftiges Werfen und Drehen des Körpers mit momentaner Starrheit, mit tetanischer Strekung des Rumpfes bald nach hinten, bald nach vorn, bald nach den Seiten, mit Umherschleudern, Beugen und Streken oder convulsivischen Erschütterungen der Glieder, mit Ballen der Fäuste und Einschlagen des Daumens und heftigen Verdrehungen der Vorderarme. Der Kopf ist bald starr nach hinten übergebeugt, bald wird er stossweise auf die Schultern bewegt. Die Augen sind injicirt, die Bulbi bald starr, bald hin und her rollend, von wildem Ausdruk, zuweilen nach oben gerichtet; die Gesichtsmuskel in heftigster Verzerrung; die Zähne werden an einander gerieben; der Mund plözlich geöffnet und ebenso schnell geschlossen und dadurch oft die vorgestrekte Zunge von den Zähnen eingeklemmt; Speichel sammelt sich im Munde an, wird geräuschvoll hin und her bewegt und tritt oft mit Blut vermischt vor den Zähnen hervor. Das Gesicht ist geröthet, gedunsen und wird bald bläulich. Die Carotiden und Temporalarterien pulsiren stark, die Jugularvenen sind strozend angeschwollen. Die Respiration, anfangs langsam, tief und regelmässig, wird bald schnell, oberflächlich und unrhythmisch; häufig gesellen sich Zwerchfellkrämpfe dazu. Auch die Bauchmuskel sind im höchsten Grade gespannt und der schwangere Uterus darum nicht mehr durchzufühlen. Der Puls, anfangs nicht oder mässig beschleunigt, voll und regelmässig, wird bald frequenter, schnell, schwach, aussezend; häufig ist er

wegen der Starrheit der Muskel nicht zu fühlen. Die Temperatur des Körpers ist erhöht, die Haut bald troken, bald von Schweiss triefend. Blase und Mastdarm werden unwillkürlich entleert. Alle Empfindungen sind aufgehoben.

Die Dauer eines solchen Anfalls ist verschieden: sie beträgt von wenigen Secunden bis fünf und zehn Minuten. Es lassen nun die Zukungen allmälig nach, die Glieder und der ganze Körper sinken erschlafft nieder, die Augen fallen zu, das Gesicht schwillt ab und bekömmt seine normale Farbe wieder; Puls und Respiration werden regelmässig, bleiben aber etwas beschleunigt. Ein Coma, das bald nur eine Viertelstunde währt, bald über eine Stunde sich hinzieht, stellt sich ein. Allmälig kehrt das Bewusstsein zurük; aber die Kranke weiss nichts von dem, was mit ihr vorgegangen, klagt über einige Müdigkeit, Schmerzen und Schwere im Kopf und in den Gliedern, bleibt etwas unbesinnlich.

Nur in seltneren Fällen ist mit einem einzigen Anfall die ganze Krankheit zu Ende und Schwangerschaft oder Geburt nehmen ihren ungestörten Fortgang. Meist hingegen bricht nach einer halben oder ganzen Stunde ein neuer Anfall aus, der dann gewöhnlich noch länger und heftiger ist und auf den ein noch tieferes Coma und eine noch tiefere Erschöpfung folgt. In günstigen Fällen kann selbst jezt noch Genesung eintreten, indem nach mehreren heftigen Anfällen die folgenden allmälig schwächer werden und weiter auseinanderrüken, oder indem auch, wie namentlich bei der Eclampsie während der Geburt, die Anfälle nach der Ausstossung des Kindes sofort aufhören: nicht selten tritt dann ein langer, selbst tagelanger Schlaf ein, aus dem die Kranke erschöpft und ohne alle Erinnerung an das Geschehene erwacht.

Häufiger jedoch vermehrt sich die Intensität und Frequenz der Paroxysmen und es können deren 20—30 in 24 Stunden wiederkehren: Puls und Respiration werden mit jedem Anfalle frequenter, unregelmässig, die Haut wird kühl, das Gesicht blass und die Kranke stirbt entweder während eines Anfalls oder häufiger in dem darauf folgenden comatösen Stadium.

Die eclamptischen Anfälle sind im Allgemeinen am heftigsten und wiederholen sich am schnellsten, wenn sie in die erste und zweite Geburtsperiode fallen; weniger heftig und seltener sich wiederholend sind die in den folgenden Geburtsperioden beginnenden Anfälle, namentlich wenn der Ausstossung des Kindes keine besonderen Hindernisse entgegenstehen; am wenigsten intensiv, am seltensten auftretend und am ungefährlichsten sind die Eclampsieen während der Schwangerschaft, in der Nachgeburtsperiode und im Wochenbett.

Da, wo schon Wehenthätigkeit vorhanden ist, beginnen die eclamptischen Anfälle meist mit einer kräftigen Wehe; aber nur in den seltensten und heftigsten Fällen wird durch jede Wehe ein Paroxysmus hervorgerufen; vielmehr gehen meist mehrere Wehen vorüber, ohne einen Anfall zu veranlassen. Die Wehen selbst sind bei Eclamptischen meist sehr energisch, so dass die Geburtsdauer nur selten und meist nur beim Vorhandensein mechanischer Hindernisse von der Norm abweicht; ja in manchen Fällen dauert die Geburt ungewöhnlich kurz. Beim Beginn der Eclampsie in den lezten Schwangerschaftsmonaten tritt entweder gar keine Wehenthätigkeit ein, oder die ersten Wehen bringen keine Veränderung des Muttermunds hervor.

Nur bei geringer Intensität, bei einmaliger oder seltener Wiederholung der Anfälle ist zu erwarten, dass der Anfall spontan und rasch in Genesung übergehe und dass ausser Erschöpfung weiter keine Folgen des An-

falls eintreten. Doch selbst in scheinbar leichten Fällen gestaltet sich nicht selten der Verlauf plözlich ungünstig. In allen heftigen Fällen ist der Tod die Regel und kann fast nur durch entschiedene Eingriffe oder bei rasch erfolgender Geburt abgewendet werden; aber auch im günstigsten Fall bleiben, besonders bei der Eclampsie der Gebärenden, gerne verschiedene Nachkrankheiten zurük, entweder im Nervensystem, wie Trübung oder Verlust der Sinne, Verminderung der Geisteskräfte, namentlich des Gedächtnisses, Geisteskrankheiten, halbseitige Lähmungen; oder in den Sexualorganen und ihrer Nachbarschaft, wie Entzündungen des Bauchfells und der Gebärmutter, oft noch mit tödtlichem Verlaufe. Auch sah man als unmittelbare Folge heftiger Krämpfe in seltenen Fällen Luxationen des Unterkiefers oder sogar einzelner anderer Gelenke, noch häufiger tiefe Wunden der Zunge, die in manchen Fällen selbst abgebissen wurde.

Die Sectionen der an Eclampsie Verstorbenen ergeben keine constanten Resultate. In manchen Fällen fand man gar keine nachweisbare Veränderung; andere Male waren das Gehirn und Rükenmark, sowie deren Hüllen sehr blutreich, oder es fanden sich Blutergüsse im Gewebe der Nervencentralorgane oder zwischen deren Häuten, oder seröse Exsudationen derselben Organe. Die übrigen Organe wurden gleichfalls bald normal gefunden, bald fanden sich Blutüberfüllungen verschiedenen Grades und deren Folgen, namentlich des Herzens, der Leber und Milz und Ecchymosen der serösen Häute.

Die eclamptischen Convulsionen der Schwangern, Gebärenden und Wöchnerinnen können zu Verwechselungen Veranlassung geben, welche besonders in Betreff der Therapie sehr nachtheilig sind, indem dadurch bald die Zeit zu einer eingreifenden und erfolgreichen Therapie verpasst wird, bald Mittel durch ihre Anwendung in Fällen, welche fälschlich für Eclampsie gehalten werden, in einen ungerechtfertigten Credit für diese Krankheit gelangen. Besonders finden Verwechselungen der Krankheit statt mit Convulsionen aus Anämie, mit leichteren Krämpfen, wie sie im Momente der schmerzhafteren Geburtsthätigkeit vorübergehend vorkommen, mit transitorischen convulsivischen Anfällen, wie sie während der Schwangerschaft und zwar auch schon in den früheren Monaten zuweilen, ohne irgend nachtheilige Folgen zu haben, sich ereignen und wahrscheinlich auf einer vorübergehenden Gehirncongestion beruhen, ferner mit hysterischen Krämpfen, mit Epilepsie und mit Chorea.

Wenn man die Antecedentien (frühere Hysterie, Epilepsie, Chorea, vorausgegangene starke Blutungen), sowie die Umstände, unter welchen die Krämpfe sich ereignen (frühzeitiges Eintreten in der Schwangerschaft, chlorotisches Aussehen, Schwächlichkeit, zufällige Aufregung) in Betracht zieht, und wenn man sich daran hält, dass die Eclampsia parturientium in rasch aufeinanderfolgenden Paroxysmen als eine höchst acute Krankheit sich entwikelt, so wird man sehr oft schon beim ersten Anfall, aber bei dem weiteren Verlaufe in den meisten Fällen die Diagnose ohne Schwierigkeit machen können. Es kommt hiezu noch, dass der epileptische Anfall, die Chorea, der hysterische Paroxysmus ihre eigenthümlichen Charactere haben, welche bei der Eclampsie wenigstens gewöhnlich zu fehlen pflegen, dass ferner das Vorhandensein einer Albuminurie oder eines Oedems die Wahrscheinlichkeit einer Eclampsie steigert.

Nichtsdestoweniger kommen einzelne zweifelhafte Fälle vor: unreine Formen, Uebergänge zwischen der Eclampsie und den genannten Krankheiten, Paroxysmen, welche trozdem, dass sie ganz wie ein epileptischer, hysterischer, cataleptischer Anfall oder wie eine Chorea erscheinen, die schwere Bedeutung der Eclampsie haben. In solchen unreinen Fällen ist die differentielle Diagnose nicht nur wegen Abwesenheit leitender Criterien nicht zu machen, sondern es ist in diesen Fällen überhaupt gar nicht die Aufgabe, zu entscheiden, ob sie in die Categorie der einen oder der andern Krampfform fallen; sie sind und bleiben vielmehr Mittelformen, deren Bedeutung und Prognose eben darum nicht im Allgemeinen und oft nicht einmal im concreten Falle festgestellt werden kann.

IV. Therapie.

1) Beim Eintreten von Vorboten ist zunächst für allseitige Ruhe und eine den Umständen entsprechende Diät Sorge zu tragen, der Stuhl zu entleeren, bei Erscheinungen vom Kopfe sind kalte Ueberschläge und einige Blutegel zu appliciren, und wenn die Symptome höhere Grade von Congestion anzeigen oder das Individuum plethorisch ist, eine ergiebige Venaesection zu machen.

2) Nach Ausbrechen der Krankheit ist

a) das exspectative Verhalten und das vollständige Sichselbstüberlassen des Ganges der Krankheit nur in ganz leichten Fällen gestattet.

Vornehmlich kann, wenn der erste Anfall von Convulsionen mässig ist, zugewartet werden, ob weitere sich einstellen, und wenn diese ausbleiben oder selbst wenn sie, jedoch in noch geringerem Maasse sich einstellen, die Unterlassung aller Eingriffe gerechtfertigt sein und bei alleiniger Befolgung von Ruhe die Catastrophe günstig vorübergehen.

b) An das exspectative Verfahren schliesst sich die Anwendung kleiner Mittel, wie eines Clysma, Application von Sinapismen auf die Beine, von kalten Ueberschlägen auf den Kopf, Anwendung einiger Blutegel hinter die Ohren an.

Diese Mittel, welche auch in leichten Fällen der Vorsicht entsprechen, können aber auch nur in leichten Fällen genügen. Während der Convulsionen hat man dabei nur Sorge zu tragen, dass das Athmen möglichst wenig beschränkt ist, Alles entfernt zu halten, was die Krämpfe steigern kann, den Körper so zu lagern und mit schüzenden Gegenständen zu umgeben, dass eine Verlezung vermieden wird, auch die Zunge vor dem Gebissenwerden durch Einschieben umwikelter Löffel, Spatel etc. zu bewahren. Den darauf folgenden Sopor hat man nicht weiter zu stören und abzuwarten, bis die Kranke von selbst daraus erwacht.

c) Wo irgend die Eclampsie mit grösserer Heftigkeit während der Geburt ausbricht, ist diese soweit als thunlich zu beschleunigen, und selbst wenn sie vor dem Anfang der Geburtsthätigkeit sich einstellt und die Erscheinungen einen bedenklicheren Grad annehmen, namentlich troz Anwendung anderer Mittel die Convulsionen mit Heftigkeit sich wiederholen, hat man nicht zu zögern, die künstliche Frühgeburt einzuleiten.

d) Die Anwendung der Aderlässe ist zumal bei allen nicht dürftig ernährten oder gar plethorischen Subjecten räthlich, wenn die Eclampsie in unzweifelhafter Weise sich eingestellt hat, und selbst in solchen Fällen, wo die Diagnose noch weniger sicher ist, ist eine Venaesection bei entsprechenden Constitutionen eher von Vortheil, als von Nachtheil.

Es ist kein Zweifel, dass sehr copiöse, in grosser Zahl und rascher Aufeinanderfolge vorgenommene Aderlässe in schweren Fällen von Eclampsie lebensrettend gewesen sind, aber in der Mehrzahl der Fälle dürfte eine mässigere Blutentziehung aus der Vene dann genügen, wenn zugleich und darauf andere dem Zustand entsprechende Mittel in Anwendung kommen. Die Wiederholung der Blutentziehung hat davon abzuhängen, ob troz der sonst angewandten Mittel die Convulsionen in gleicher Heftigkeit sich aufs Neue einstellen und ob dabei die Erscheinungen von Blutüberfüllung des Kopfs fortdauern. — Die Entziehung des Blutes aus einer Vene am Fusse scheint nicht so grosse Vortheile zu haben, dass sie der Aderlässe am Arm vorzuziehen wäre.

e) Ein wesentliches Unterstüzungsmittel zur Beruhigung der Kranken und zur Verhütung der Wiederkehr der Krämpfe ist das Opium oder Morphium, das jedoch um so sicherer und um so weniger nachtheilig wirkt,

wenn, wenigstens in sonst entsprechenden Fällen, eine Venaesection oder die Application von Blutegeln an den Kopf vorangegangen ist.

f) Als Mittel, die Paroxysmen von Convulsionen zu unterdrüken oder doch abzukürzen, hat man mit grossem Vortheil die Chloroforminhalationen benuzt und es scheint, dass durch dieselben sogar die Geneigtheit zur Wiederkehr der Krämpfe vermindert wird.

g) In Fällen, wo troz des Sinkens der Kräfte und troz eingetretener Anämie die Krämpfe fortdauern oder der Sopor auf eine bedenkliche Weise sich verlängert, wird die Anwendung von Reizmitteln, wie Moschus, Campher, Ammoniak, Vesicatore auf den Kopf nöthig, ist aber nur in sehr seltenen Beobachtungen von Erfolg gewesen.

Bei der Behandlung der Eclampsia parturientium liegen am meisten widerstreitende Ansichten in Betreff der Anwendung und Ausdehnung der Venaesection vor. Zwar sind die meisten guten Beobachter darin einig, dass die Aderlässe in den meisten Fällen nicht zu entbehren sei, und fast nur Kiwisch will sie auf Plethora und consecutiv auftretende Hyperämieen beschränken. In der Mittheilung von Braun über die Behandlung von 44 Eclamptischen in der Wiener Gebäranstalt stellte sich zwar bei vorgenommener Venaesection das Sterblichkeitsverhältniss wie 1: $2^1/_5$ (d. h. es starben unter 11 Venaesecirten 5), bei unterlassener Venaesection war das Sterblichkeitsverhältniss wie 1: $3^2/_3$ (d. h. es starben 9 unter 33); allein es wird dabei ausdrüklich bemerkt, dass die Venaesection nur in schweren Fällen vorgenommen wurde, welche also unter allen Umständen eine schlechtere Prognose gaben, während auch in den Fällen, wo die Venaesection unterlassen wurde, hin und wieder (es ist nicht angegeben, wie oft) Blutegel an den Kopf applicirt worden sind. Hiernach erscheint die angegebene Mortalitätsproportion durchaus nicht ungünstig für die venaesecirende Therapie. — Dagegen ist man von den immensen Blutentziehungen, bei welchen im Laufe eines Tages 100 Unzen und auf einmal 50 und darüber entleert und die Venaesection 10—20mal, ja in einem Falle sogar 87mal (im Laufe der lezten Monate: Lamotte) wiederholt wurde, ziemlich allgemein zurükgekommen. Doch sind auch jezt noch viele Geburtshelfer dafür, bei irgend kräftigeren Subjecten in erster Aderlässe anderthalb Pfund Blut zu entziehen und diese nach Umständen zu wiederholen.

Für den Nuzen der von Simpson zuerst angewandten Chloroforminhalationen scheint die Braun'sche Mittheilung sehr entschieden zu sprechen, indem in 10 Fällen, in welchen sie gemacht wurden, die Paroxysmen entweder vollkommen coupirt oder doch sistirt, alle Kinder lebend geboren und alle Mütter gerettet wurden.

3) Nach dem Aufhören der Krämpfe ist auf den Verlauf des Wochenbettes, beziehungsweise auch der Geburt oder der Schwangerschaft, eine sorgfältige Pflege zu verwenden, sind alle Erregungen des Gehirns zu vermeiden, der Stuhl in Ordnung zu erhalten und beim Vorhandensein von Albuminurie ein mildes Diureticum zu geben.

BB. TETANISCHE CEREBRALKRÄMPFE.

Tetanische Krämpfe kommen zwar bei verschiedenen Affectionen des Gehirns als intercurrente Erscheinungen oder im Verein mit andern psychischen und motorischen Anomalieen vor. Aber weder in ausgedehnter, noch in beschränkter Verbreitung über das Muskelsystem stellen diese tetanischen Erscheinungen bei Hirnkrankheit einen isolirten Symptomencomplex oder auch nur eine zusammenhängende Symptomensuccession dar. Sie sind vielmehr stets nur beigemischte Zufälle, fast immer von wenig hervorragender Wichtigkeit, wenn sie auch zuweilen im concreten Falle den Werth eines Zeichens für den Zustand und die Vorgänge

im Gehirne haben. (Siehe daher über sie die allgemeine Betrachtung pag. 160.)

CC. HYDROPHOBISCHE KRÄMPFE.

Als Hydrophobie bezeichnet man eine clonische und tonische Krampfform, welche meist gleichzeitig mit maniacalischem Delirium verbunden ist und das Eigenthümliche zeigt, dass dabei der Glossopharyngeus und meist auch der Vagus in vorzüglicher Weise afficirt erscheinen, in der Art, dass theils mit den übrigen Krämpfen heftige Schlund- und meist auch Glottiskrämpfe verbunden sind und gewöhnlich in ihrer Heftigkeit das Uebergewicht haben, theils aber, dass durch Berührung des Schlundes, ja selbst schon durch die Vorstellung einer solchen Berührung jedesmal oder oft spasmodische und maniacalische Paroxysmen aufs Neue erregt werden. Diese Krampfformen kommen vor:

A. Als Neben- und Theilerscheinung anderer Zustände und zwar:

1) als Theilerscheinung verschiedenartiger psychischer Störungen, besonders in der Form der Manie, aber auch der Melancholie, sowie des acuten nervösen und des febrilen Deliriums schwerer Krankheiten (Typhus, Pest, Intermittens perniciosa etc.); sie erscheinen hierbei als eine meist belanglose Nebensache und sind gewöhnlich rasch vorübergehend;

2) als meist rasch vorübergehende Nebenerscheinung in manchen Fällen tetanischer, choreaartiger, eclamptischer Krämpfe;

3) als Theilerscheinung mancher hysterischer Anfälle, in welchem Falle sie zwar durch ihre Heftigkeit und ihre Dauer im höchsten Grade lästig sind, aber, soviel bekannt, keine directe Gefahr bringen;

4) will man sie beobachtet haben in Folge von Krankheiten des Oesophagus (Entzündung, Krebs desselben);

B. kommt die Hydrophobie am häufigsten und in der gefährlichsten Weise in Folge der Intoxication durch das Wuthcontagium zustande (s. toxische Cerebralaffectionen); ferner, jedoch seltener in Folge der Intoxication durch einige andere Gifte (Datura, Asarum, die ranzigen Pflanzenöle, Alcool, Arsen, Malaria).

C. Man hat aber auch die Hydrophobie als isolirte Erscheinung in seltenen Fällen ohne bekannte Ursache beobachtet: spontane selbständige Hydrophobie.

Die von spontaner Hydrophobie Befallenen sind meistens Männer jugendlichen oder mittleren Alters, gewöhnlich von kräftigen Formen und nicht unbeträchtlicher Muskelkraft, jedoch meist von einiger Reizbarkeit des Nervensystems oder von Hinneigung zur Hypochondrie. Besondere Ursachen der Entstehung der Krankheit sind meist nicht aufzufinden, doch zuweilen Gemüthsbewegungen, Zorn, Schrek u. dergl.; auch Erkältungen werden angegeben. Zuweilen beginnen die Symptome ohne vorhergehende Störung, in andern Fällen ist eine bestimmtere oder auch weniger entschiedene Erkrankung, vornehmlich aber mit Symptomen subjectiver Art vor dem Ausbruche beobachtet worden.

Unter 14 mir bekannt gewordenen Fällen aus neuerer Zeit waren 11 Männer zwischen 17 und 48 Jahren, bei welchen meist in ihrem Aussehen keine Schwächlichkeit oder Entkräftung sich wahrnehmen liess, im Gegentheil mehrfach ausdrüklich die kräftige und starke Constitution hervorgehoben wird. In mehreren Fällen war Schrek als Ursache der Krankheit angegeben und es scheint fast, dass in der Art desselben eine gewisse Beziehung auf das spätere Symptom der Scheu vor dem Wasser stattfinden könne. In dem Fall von Treydeu trat die Hydrophobie bei einem 22jährigen Manne nach einem durch das zufällige Ausderhandfallenlassen einer Flasche Bier stattgefundenen Schrek ein und zwar zeigte sich sogleich darauf das Symptom des Abscheus gegen Flüssigkeit und die Unfähigkeit, solche zu schluken. In dem Falle von Windisch war ein 17jähriger Schweintreiber im tiefsten Schlafe mit kaltem Wasser übergossen worden, worauf starke Krämpfe sich einstellten, von denen eine Abneigung gegen Wasser zurükblieb, welche sich nach dreiwöchentlicher Dauer und allgemeiner Steigerung zu einer völligen Hydrophobie gestaltete und rasch mit dem Tode endete. Doch können auch andere Gemüthsbewegungen die Krankheit hervorrufen. In dem Falle von Jahn war eine Frau durch den Traum, von einem tollen Hunde gebissen zu sein, hydrophobisch geworden und 10 Tage darauf gestorben. Auch andere aufregende Einflüsse scheinen die Hydrophobie herbeiführen zu können. In dem Fall von Hedenus und Walther wurde ein Individuum nach einer üppigen Mahlzeit, reichlichem Genuss von Getränk, darauf folgendem Coitus und in die tiefe Nacht fortgeseztem Spiele plözlich von einer Unmacht befallen, an die sich die Hydrophobie anschloss. — Die Affectionen, in deren Verlaufe die Hydrophobie als selbständige Erscheinung ausbricht, sind entweder mit Schmerzen im Schlunde verbunden, wohin auch der Fall von Vautier gerechnet werden kann, in welchem eine 30jährige Frau am dritten Tag der Varioleruption von Schwierigkeit beim Schlingen, bald hinzutretender delirirender Zurükweisung des Getränks, Convulsionen und allen übrigen Symptomen der Hydrophobie befallen wurde und 4 Tage nach dem Beginn dieser Symptome starb. Oder sie zeigen ein auffallendes, mit den objectiven Erscheinungen nicht proportionales Hervortreten von Schmerz und spasmodischen Zufällen. In einem von mir beobachteten Falle eines kräftigen Mannes von 40 Jahren, der in alcooligen Getränken nicht excedirt hatte, war der Hydrophobie Schmerz auf der einen Hälfte des Thorax vorangegangen, ähnlich wie bei der Pleuritis, und die Empfindlichkeit daselbst war so beträchtlich, dass jeder Versuch zu percutiren dem Kranken die heftigste Qual machte und daher alsbald aufgegeben werden musste. (Die Untersuchung der Brust nach Ablauf des hydrophobischen Anfalls zeigte, dass wenigstens keine objectiv nachweisbaren Störungen daselbst sich befanden.) Mit diesen Schmerzen verbunden war eine sehr beträchtliche Pulsfrequenz, ein diker Zungenbeleg, ein sehr krankes Aussehen und eine gewisse Hastigkeit und Sonderbarkeit im Benehmen. Diese Zufälle dauerten nur wenige Tage und waren in der Besserung begriffen, als plözlich und unerwartet die Hydrophobie mit heftigen Krämpfen und tobsüchtigen Delirien ausbrach, aber schon am selben Tage sich wieder ermässigte und in den folgenden sich allmälig verlor. In dem Fall von Blumenthal war ausser Schmerz in der Seite mit behinderter Respiration als Vorläufer der Krankheit ein äusserst heftiger Priapismus bemerkt.

Das Symptomenbild der spontanen Hydrophobie ist aus mehreren Phänomenenreihen zusammengesezt, von welchen jede verschiedene Grade zeigen und eine oder die andere selbst fehlen kann. Im Verlaufe der Krankheit pflegt, nachdem die Symptome mit der einen Reihe begonnen haben, gewöhnlich die zweite und dritte sich hinzuzugesellen; doch sind dabei verschiedene Arten von Combination und Aufeinanderfolge der Symptome möglich. Diese Symptome und Phänomenenreihen sind folgende:

1) Schlundsymptome: Schwierigkeit des Schlingens, vornehmlich von Flüssigkeiten, von leichter Erschwerung bis zu vollständiger Unfähigkeit desselben, daher Angst vor und bei jedem Versuche dazu, Gefühl von Zusammenschnürung im Schlunde, heftiger Durst, zuweilen Röthe und Trokenheit des Rachens, meist reichliche Speichelsecretion mit Geifern und häufig mit unwillkürlichem und unbewusstem Umherspuken des Speichels; *Erschwerung* des Sprechens;



2) allgemeine motorische Zufälle: bald nur Zittern, bald Convulsionen jeden Grades und gewöhnlich in heftigen Paroxysmen auftretend, besonders häufig auffallend gesteigerte Reflexe in der Weise, dass geringe Einwirkungen, wie eine leichte Zugluft, besonders aber die Berührung des Schlundes mit Flüssigkeit alsbald die heftigsten und allgemeinsten Krämpfe herbeiführt;

3) verschiedene Grade der psychischen Störung: bald nur Melancholie, bald Verwirrung der Ideen, bald maniacalische Aufregung, bald die heftigsten tobsüchtigen Paroxysmen mit Neigung zum Beissen und zuweilen mit dem Ausstossen von Tönen, welche dem Hundegebell ähnlich sind.

Neben diesen Symptomen gehen noch einige weitere einher: das Gesicht ist meist geröthet, vornehmlich während der Anfälle, doch zuweilen auch blass, die Pupillen sind weder auffällig erweitert, noch verengt, aber wenig beweglich, die Augen sind injicirt, das ganze Gesicht ist entstellt, die Respiration ängstlich und unregelmässig, der Puls zuweilen beschleunigt, besonders bei Häufung der Anfälle, zuweilen intermittirend, das Nahrungsbedürfniss fehlt gänzlich, die Zunge ist belegt, die Stuhlentleerungen zeigen nichts Besonderes, in den Gliedern und dem Rumpfe sind Schmerzen und das Gefühl der Abgeschlagenheit, der Schlaf ist unruhig oder fehlt ganz.

Die Symptome vom Rachen sind diejenigen, welche am wenigsten fehlen oder vielmehr deren Gegenwart erst den Fall als eine Hydrophobie characterisirt. Nichtsdestoweniger sind auch diese selbst in tödtlich verlaufenden Hydrophobieen nicht immer bis zu dem Grade gesteigert, dass das Schlingen ganz unmöglich wäre. Das Geifern ist nicht in allen Fällen erwähnt und die Erschwerung der Sprache scheint mehr accidentell oder auf die Anfälle beschränkt zu sein. In einzelnen Fällen hat man eine ungewöhnliche Entwiklung der hinteren Papillen der Zunge gefunden (Vautier).

Die Krämpfe sind in den meisten Fällen ausserordentlich heftig, das quälendste und überwiegendste Symptom. Doch fehlten sie in dem tödtlichen Fall von Treyden gänzlich: der Anblik des Wassers oder eines glänzenden Gegenstandes machte zwar Unruhe und ängstliche Respiration, brachte aber nicht, wie sonst, Convulsionen hervor und nur gegen das Ende hin trat etwas Zähneknirschen ein. In den meisten Fällen kommen die Krämpfe, die sich in der Art allgemeiner Convulsionen, verbunden mit tetanischer Starrheit einzelner Muskelpartieen darstellen, theils spontan, theils und vorzugsweise in der Art von Reflexkrämpfen, wie z. B. durch eine leise Berührung der Haut, durch Zugluft, durch ein plözlich einfallendes Licht, durch das Sehen eines glänzenden Gegenstandes, durch Geräusch, durch das Plätschern des Wassers, ganz vorzugsweise aber durch jeden Versuch, Flüssigkeiten in den Mund zu bringen und zu schluken. — Die Convulsionen pflegen gegen das Ende der Krankheit schwächer zu werden und mehr in locale Krämpfe mit Wechseln der Stelle überzugehen.

Die Symptome der psychischen Störung sind am häufigsten nur in Paroxysmen vorhanden; doch bleibt auch in den Intervallen gewöhnlich eine gedrükte Gemüthsstimmung zurük. Das hundeartige Gebahren, das Bellen und Beissen wurde nur in einzelnen Fällen bemerkt und meistens sind die Exacerbationen von Delirium nicht von einer andern fieberhaften oder sonst transitorischen Manie verschieden, ausser dass sie mit einer grossen Angst verbunden und entschieden quälend sind. Das Delirium kann auch ganz fehlen, wie in dem Falle von Treyden, oder sehr mässig sein, wie in denen von Vautier.

Die übrigen Symptome, wenngleich oft einzelne derselben sehr auffallend sind und viel zu den Beschwerden des Kranken beitragen, haben doch nichts Eigenthümliches, was nicht in andern Fällen von Delirium und von Krämpfen vorkommen würde; nur ist auch hier die ängstliche und erschwerte Respiration in den meisten Fällen ein hervorstechendes Symptom.

Der Verlauf erfolgt in Form von Paroxysmen, zwischen denen aber

keine vollkommen freien Intervalle sind. In den Anfällen zeigen sich vornehmlich die Convulsionen, die Delirien, die Angst, die Unordnung der Respiration und des Pulses, und alle übrigen Erscheinungen sind gesteigert. In den Pausen dauern die Symptome des Schlundes fort, auch bleibt einige Störung der psychischen Stimmung, Trübsinn und zuweilen Ideenverwirrung, sowie Zittern der Muskel zurük, und je häufiger sich die Paroxysmen wiederholt haben, um so schwerer sind auch die Erscheinungen während der Pausen, in welchen sich allmälig tiefe Prostration und ein comatöser Zustand herstellt.

Der gewöhnliche Ausgang ist der Tod, der nach wenigen Tagen, ja selbst einige Stunden nach dem Anfang der krampfhaften Symptome schon eintritt. In den Leichen werden keine constanten Veränderungen gefunden. — Der Ausgang in Genesung erfolgt unter Abnahme der Convulsionen, der Erscheinungen vom Schlunde und Freierwerden der Intelligenz, meist durch Vermittlung eines Schlafes, jedoch mit Zurükbleiben einer Neigung zum Zittern und zur Muskelunruhe, sowie zur Reizbarkeit nach allen Seiten, welche Zufälle erst nach längerer Zeit sich zu heben vermögen.

Die Paroxysmen der spontanen Hydrophobie zeigen keinen Rhythmus des Eintretens. Wo man einen solchen bemerkte, ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Krankheit als eine Modification einer Malariakrankheit aufgetreten ist. So hat auch in dem Falle von Rivière, bei welchem ein gewisser Rhythmus beobachtet wurde, das Chinin schnelle Heilung verschafft.

Unter den oben erwähnten 14 Fällen endeten 9 tödtlich. Bei einigen fand man eine Entzündung des Rachens und Röthung der Zungenbasis. Aber es fragt sich, ob diese Entzündung nicht Folge des Durstleidens war. Ganz isolirt in Betreff des anatomischen Befunds stehen die beiden ersten Fälle von Vautier, welcher eine Erweichung des Kleinhirns bis zum Zerfliessen, ebenso, jedoch in geringerem Grad, des Mesencephalon und der Oblongata gefunden hat.

Ueber die Behandlung ist bei der Sparsamkeit der Beobachtungen wenig Sicheres zu sagen. Blutentziehungen zeigten sich in allen Fällen, wo sie angewandt wurden, ohne dauernden Erfolg; am meisten scheinen die Narcotica und unter ihnen vornehmlich die Belladonna und das Morphium vortheilhaft zu wirken. Auch könnte eine Anwendung des Chloroforms versucht werden.

Fälle von spontaner Hydrophobie finden sich in ziemlicher Anzahl in der Literatur des 17ten und 18ten Jahrhunderts, sind aber freilich zum grossen Theil so unvollkommen beobachtet, dass sie nicht benützbar sind. S. über die ältere Literatur und zahlreiche Fälle daraus: Marc (Dict. des sc. méd. XXII. 330). In der neuern Zeit ist eine Anzahl von Fällen bekannt geworden, welche über das wirkliche Vorkommen dieser Krankheitsform keinen Zweifel lassen, obwohl auch diese Beobachtungen zum Theil viel zu wünschen übrig lassen. Es sind diese neueren Fälle beobachtet von Windisch (Schmidt's Jahrb. 1834. III. 205), Jahn (Casper's Wochenschr. 1834. Nro. 18), Basedow (ibid. 1836. Nro. 24), Wittke (Preuss. Vereinszeit. 1838. Nro. 21), Blumenthal (Casper's Wochenschr. 1839. Nro. 24), Treyden (ibid. 1840. Nr. 32), Vautier (3 Fälle. Gaz. méd. 1841. IX. 28), Druhen (2 Fälle. De la rage et de l'hydrophobie. Thèse. 1850), Rivière (Gaz. des hôpit. 1852. Nro. 87), Hedenus und Walther (Deutsche Klinik. 1852. Nro. 2).

DD. UNWILLKÜRLICHE COORDINIRTE BEWEGUNGEN.

Die unwillkürliche Ausführung coordinirter, mehr oder weniger complicirter Bewegungen kommt häufig als krankhafte Erscheinung bald in Begleitung anderer Krankheitsäusserungen, bald für sich allein vor. Sie

kann sich unter den mannigfaltigsten Formen darstellen, welche aber nach allen Beziehungen Uebergänge und Combinationen unter einander bilden: als unwillkürlich ausgeführte Geberden (mimische unwillkürliche Bewegungen); als Gesticulationen (gesticulatorische Krämpfe); als unwillkürlich angenommene Stellungen, welche eine kürzere oder längere Zeit festgehalten werden oder auch wechseln, oder als ein Verharren in Stellungen, in welche der Kranke passiv gebracht wird; als Kreisbewegung, Schaukeln, Drehen, Schwanken (rotatorische und Schwindelkrämpfe); als Ortsbewegungen, welche sich bald in einem unwiderstehlichen Vorwärtsrennen, Rükwärtsgehen oder auch in complicirteren Arten der Locomotion äussern.

Die wesentliche Ursache, durch welche diese Bewegungen determinirt werden, ist häufig im concreten Falle nicht zu enträthseln. Denn der Grund und Ausgangspunkt der Bewegungen wird theils vom Kranken oft absichtlich verschwiegen, theils kann er von ihm selbst gar nicht mitgetheilt werden; andererseits ist durch die anatomische Forschung der Hergang bei diesen Phänomenen in den meisten Fällen nicht zu controliren. Im Allgemeinen kann angenommen werden, dass diese unwillkürlichen Bewegungen auf folgende Weisen zustandekommen können:

1) Vorstellungen und Bestrebungen, welche das Individuum occupiren, äussern sich troz des Versuches, sie zurükzuhalten und in unwillkürlicher Weise durch entsprechendes Geberdenspiel, Gesticulationen und Locomotionen.

2) Vorstellungen und Bestrebungen, welche nicht zum Bewusstsein kommen, theils weil der Kranke besinnungslos ist, theils weil sie in latenter Weise wirken und nicht Gegenstand der Selbstbeobachtung des nach ganz andern Seiten hin beschäftigten Individuums werden, bestimmen die Ausführung coordinirter Bewegungen, welche entweder ohne Bewusstsein des Kranken eintreten oder dem bewussten Kranken selbst als unwillkürliche und aufgedrungene erscheinen.

3) Manche Affectionen des Gehirns scheinen direct, d. h. ohne Vermittlung von Vorstellung und Bestrebung eine coordinirte Bewegungen determinirende Wirkung auf die Muskel des Gesammtkörpers oder einzelner Provinzen zu haben. Welche Theile diesen Einfluss üben können, ist nicht genau bekannt, doch scheinen es vornehmlich die die Masse des Gross- und Kleinhirns mit der Oblongata verbindenden Theile zu sein. Es kann dabei zweierlei vorgehen. Entweder kann durch Erregung gewisser Theile des Hirns eine coordinirte Bewegung unmittelbar determinirt werden; oder es kann durch Paralyse und Aufhebung des Einflusses hemmender Gehirnpartieen die unwillkürliche Ausführung sonst unterdrükter und beherrschter Bewegungsformen zustandekommen.

Bei der Unmöglichkeit einer exacten Vertheilung der concreten Fälle, bei welchen sich unwillkürliche Ausführung coordinirter Bewegungen zeigt, nach der angegebenen Genese hat man sich an die empirischen Thatsachen über das Vorkommen solcher Phänomene allein zu halten und kann in dieser Beziehung folgendermaassen unterscheiden.

Unwillkürliche Ausführung coordinirter Bewegungen wird beobachtet:

1) bei psychischen Störungen, vornehmlich in der Form der Manie und des fixen Wahns, seltener in der der Melancholie und des Blödsinns, ohne dass dabei bestimmte anatomische Störungen mit dem Eintreten dieser Krampfformen constant verbunden wären;

2) als Theil- und Zwischenerscheinungen bei andern Krampfformen, am meisten und gewöhnlichsten bei der Hysterie;

3) in manchen Fällen von Intoxication, vornehmlich bei Alcoolvergiftung, auch in einzelnen Fällen von Intoxication mit narcotischen Giften und contagiöser Infection;

4) bei manchen anatomischen Veränderungen des Gehirns, worüber jedoch die Thatsachen noch zu sparsam sind, um bestimmte Regeln darüber aufstellen zu können.

Man ist besonders auf die anatomische Ursache rotatorischer unwillkürlicher Bewegungen durch die von der Gegenwart eines Blasenwurms im Gehirn hervorge-

brachte Drehkrankheit der Schafe aufmerksam gemacht worden. In einzelnen Fällen hat man ähnliche Kreisrotationen auch bei Menschen, welche Tuberkel, Abscesse, fremde Körper im Gehirn, vornehmlich im Kleinhirn hatten, ferner bei acutem Hydrocephalus beobachtet. Fälle von rotatorischen Bewegungen mit Sectionsergebnissen sind unter andern mitgetheilt von Serres (Magendie's Journal de physiologie III. 135, Apoplexie der Kleinhirnstiele), Andral (Clinique méd. V. 719, Cyste des Kleinhirns), Belhomme (troisième Mém. sur la localis. des fonctions cerébrales 1839 p. 424, doppelte Exostose, die auf die Kleinhirnschenkel drükte). — Unwillkürliche Vorwärtsbewegungen kamen bei einer Erkrankung beider Corpora striata vor (Fall von Romberg, 2te Aufl. I. B. 288) und in einem Fall von Extravasat des Pons (Ollivier: mal. de la moëlle II. 143); unwillkürliche Rükwärtsbewegungen wurden von Pétiet (Magendie's Journal de physiologie VI. 162) bei einer Erkrankung des Kleinhirns beobachtet. — Weit ausgedehnter sind die Erfahrungen über derartige unwillkürliche Bewegungen bei Vivisectionen. In dieser Beziehung hat man gefunden, dass Wegnahme beider gestreifter Körper Vorwärtsrennen, Querschnitte durch die Varol'sche Brüke Vornüberfallen, Theilung des Kleinhirns Rükwärtsgehen, Durchschneidung der Crura cerebelli ad pontem dasselbe Phänomen bewirkt. Ferner beobachtete man, dass nach Verlezungen der Corpora quadrigemina der einen Seite, nach Durchschneidung des einen Crus cerebelli ad pontem, ebenso nach Durchschneidung des einen Grosshirnschenkels eine Rotation mit der Richtung nach der gesunden Seite, bei der Durchschneidung der einen Seite des Pons oder bei Verlezung des Kleinhirns bis zum Lebensbaum eine Drehung nach der verlezten Seite eintrat; man sah ferner nach Verlezung des Streifenkörpers oder des Sehhügels der einen Hemisphäre Manegebewegungen eintreten mit der Direction nach der gesunden Seite. Diese Thatsachen, so interessant sie sind, haben ihre Parallele in pathologischen Fällen bis jezt noch nicht gefunden.

Aber auch als für sich bestehende, gleichsam spontane Krankheitserscheinung ohne weitere nachweisbare Störung oder nur in Verbindung mit solchen, die offenbar jenen consecutiv sind, oder höchstens mit solchen, welche in keiner Weise das Phänomen erklären, kommt die unwillkürliche Ausführung coordinirter Bewegungen ziemlich häufig zur Beobachtung. Sie sind dabei bald nur partiell und auf einzelne Körpertheile beschränkt, bald mehr oder weniger über den ganzen Körper verbreitet; sie treten bald fast nur momentan oder in höchst verzettelter Weise, bald in andauernderem Verlaufe ein. Man kann dabei vornehmlich zwei verschiedene Verhaltensweisen unterscheiden, die in ihrer vollen Ausbildung höchst eigenthümlich und characteristisch sich darstellen, durch rudimentäre Formen aber theils an ganz belanglose Vorkommnisse sich anschliessen, theils durch unreine und gemischte Formen in andersartige motorische Störungen und in einander selbst Uebergänge zeigen: nämlich die bewegliche Form, welche man als Chorea zu bezeichnen pflegt, und die in Unbeweglichkeit verharrende, die den Namen Catalepsie erhalten hat.

Beide Formen bedürfen, sofern sie nicht bloss als rasch vorübergehende Ereignisse oder als andern Krankheitscomplexen beigemischte Phänomene, sondern mit einem gewissen Decursus sich darstellen und bei diesem Verhalten als eigenthümliche Krankheitsformen sich fixiren lassen, einer specielleren Darstellung.

1. Chorea. St. Veitstanz.

Die ersten Nachrichten von dieser Krankheit stammen aus dem 14ten Jahrhundert. Doch ist die damals in epidemischer Verbreitung vorkommende Tanzwuth in Betreff der dabei vorhandenen wesentlichen Störungen nicht durchsichtig und es sind ohne Zweifel den Beschreibungen derselben zahlreiche Fabeln beigemischt. S. darüber Wicke (Versuch einer Monographie des grossen Veitstanzes 1844). In England wurde vornehmlich durch Sydenham die Beachtung der unwillkürlichen Muskelbewegungen veranlasst; aber erst in der Zeit der methodischen Bearbeitung der

Pathologie (Sauvages, Cullen) fing man an, die Form der Chorea von andersartigen Störungen genauer zu unterscheiden, und es wurden bei der Vorliebe des 18ten Jahrhunderts für wunderbare Erscheinungen zahlreiche Abhandlungen über sie veröffentlicht. Unter ihnen sind namentlich hervorzuheben: Spangenberg (de chorea St. Viti 1764), Schäffer (Originalaufsaz in der Sammlung auserlesener Abhandlungen 1793, pag. 125), Wichmann (Ideen zur Diagnostik I. 89. 1807), Bouteille (Traité de la chorée 1810). In der folgenden Zeit wurden theils zahlreiche einzelne Fälle mitgetheilt, theils eine wenig förderliche Discussion darüber geführt, ob die Chorea eine specielle Krankheit sei oder nicht; theils mit Umgehung der theoretischen Fragen wurden die Symptome einfach beschrieben, wie namentlich in den verschiedenen Handbüchern und Dictionaires der Pathologie, in den Schriften über Kinderkrankheiten und Nervenkrankheiten. Monographisch wurde überdem die Krankheit abgehandelt vornehmlich von Wagner (Path.-therapeut. Abhandlung über den Veitstanz 1817), Stransky (Tractatus de chorea St. Viti 1822), Bernt, vermehrt von Sohler (Abhandlung über den Veitstanz 1826), Hecker (Die Tanzwuth, eine Volkskrankheit im Mittelalter 1832), Rufz (1834 in Arch. gén. B. IV. 215, wichtig durch die Analyse der Aetiologie und Necroscopie), Wicke (op. cit.), Sée (1850 in Mém. de l'acad. de médec. XV. 373).

I. Aetiologie.

Die Chorea gehört keineswegs zu den selteneren Affectionen. Sie findet sich vornehmlich in kalten und gemässigten Climaten. Am häufigsten kommt sie in der Jugend vor, ist bei ganz kleinen Kindern aber selten und erreicht erst vom 6ten und besonders vom 10ten Jahre ihre höchste Frequenz, um gegen das 15te allmälig wieder abzunehmen. Mädchen werden in viel grösserer Zahl von der Krankheit ergriffen, als Knaben. — Die Constitution scheint keinen Einfluss auf die Entstehung der Chorea zu haben und sie kommt ebensowohl bei kräftigen, als bei schwächlichen Kindern vor. Die häufigste veranlassende Ursache sowohl der Krankheit im Allgemeinen, als des einzelnen Anfalls ist der Schrek und bei vielen Choreakranken ruft schon jede Ueberraschung, jeder heftige Sinneseindruk den Paroxysmus hervor. Nicht selten beobachtet man die Chorea endlich in der Reconvalescenz und im Verlaufe anderer Krankheiten.

Unter 32.976 im Pariser Hôpital des Enfans während der Jahre 1824 — 1833 behandelten Kindern waren 189 mit der Chorea behaftet, wonach sie sich zu andern Kinderkrankheiten wie 1 : 377 verhält. — Unter obigen 189 Kindern kamen auf das Alter

von 1— 4	Jahren	3	Knaben	und	2	Mädchen,
„ 4— 6	„	2	„	„	3	„
„ 6—10	„	16	„	„	45	„
„ 10—15	„	30	„	„	88	„
		51	„	„	138	„

Es kömmt somit, da unter obengenannter Gesammtsumme 17,213 Knaben und 15,763 Mädchen waren, auf 337 Knaben und auf 114 Mädchen je 1 Choreafall. Nach Sée kamen auf 531 choreakranke Kinder 393 Mädchen. Nur 28 unter jenen waren unter 6 Jahre alt. Unter 191 Fällen, bei welchen der Anfang der Krankheit bestimmt wurde, fiel er 11mal in das Alter unter 6, 94mal in das zwischen 6 und 11, 57mal zwischen 11 und 15, 17mal zwischen 15 und 21 und 12mal zwischen 21 und 60 Jahren. Monod dagegen will sogar eine angeborene Chorea beobachtet haben. Im vorgerükten Alter ist die Chorea selten; indessen hat Romberg ein 76jähriges unverheirathetes weibliches Individuum beobachtet, welches an der Krankheit vom 6ten Jahre an litt; Powel und Maton sahen ein Individuum von 70 und Bouteille eines von 72 Jahren mit Chorea. — Eine hereditäre Anlage zur Chorea scheint stattzufinden, aber nicht sehr häufig zu sein. Sée fand nur 18 Fälle, welche hieher gerechnet werden können, in der Literatur auf. — In manchen Fällen scheint die Chorea durch ein Ausarten schlechter Gewohnheiten und durch Habituellwerden absichtlicher Muskelverzerrungen sich festzusezen. — In manchen Fällen soll der Anblik Choreakranker die Affection hervorgerufen haben und das Herrschen der Krankheit in epidemischer Verbreitung oder doch die Verbreitung in einzelnen

abgeschlossenen Anstalten (Klöster, Erziehungsanstalten) ist von Vielen beobachtet worden.

Die Chorea kommt als primäre und für sich bestehende Affection, noch viel häufiger aber als secundäre vor und schliesst sich in lezterer Beziehung an theils an andere Krankheiten des Gehirns und des übrigen Nervensystems, theils an Rheumatismen, theils an Anämie; ferner findet sie sich nicht ganz selten bei tuberculösen Subjecten und bricht zuweilen im Verlaufe von typhösen Affectionen, sowie in der Reconvalescenz von solchen oder von andern acuten Krankheiten aus.

Sée berechnet, dass nur 1mal unter 5 Fällen die Chorea eine primäre Krankheit sei. Er legt ein besonderes Gewicht auf das Zusammenfallen derselben mit rheumatischen Affectionen. Allein es ist nicht unwahrscheinlich, dass von ihm der Begriff des Rheumatismus zu sehr ausgedehnt wurde, und wenn man bedenkt, dass in dem Alter, in welchem die Krankheit hauptsächlich beobachtet wird, Rheumatismen sehr selten sind, so wird seine Angabe zweifelhaft. Indessen wird wenigstens soviel durch seine Darstellung wahrscheinlich, dass der Rheumatismus zumal im kindlichen Alter vornehmlich geneigt ist, zur Chorea Veranlassung zu geben. Sée fand unter 133 Fällen 41mal acuten Gelenkrheumatismus und 30mal Gelenkschmerzen der Chorea vorangehen, und in den übrigen Fällen Chorea und Rheumatismus mit einander complicirt. Er nimmt an, dass die Hälfte der von Rheumatismus befallenen Kinder Chorea zeigt. Wieweit die Chorea in Beziehung zu den bei Rheumatismus sich ausbildenden Herzkrankheiten steht, lässt sich nicht entscheiden. — Unter den Krankheiten des Gehirns nehmen vornehmlich die übrigen Krampfformen zuweilen vorübergehend die Form der Chorea an. Auch hat man diese bei verschiedenen anatomischen Störungen, jedoch ohne constanten Zusammenhang auftreten sehen: Fälle, welche jedoch im Vergleich mit der Häufigkeit der Chorea eine sehr unansehnliche Minderzahl bilden. Dagegen scheinen Affectionen des Darms und besonders Würmer nicht ganz selten zur Chorea Veranlassung zu geben, und ebenso wird die Krankheit in manchen Fällen nach Ablauf schwerer fieberhafter Krankheiten beobachtet; es scheint, dass in der Reconvalescenz von solchen die Individuen disponirter sind, von Choreakrämpfen befallen zu werden.

II. Pathologie.

Die Chorea besteht in dem Eintreten unwillkürlicher Contractionen animalischer Muskel, bald nur einer, bald mehrerer Gruppen, bald des ganzen Systems, wobei die Contractionen in der Weise coordinirt sind, dass sie gewisse willkürliche Bewegungscombinationen nachahmen und wobei die Sensibilität und das Bewusstsein bald erhalten, bald getrübt sind. Der Impuls zu diesen Bewegungen kann zuweilen ursprünglich vom Willen ausgehen, oder von Vorstellungen und überhaupt von psychischen Zuständen veranlasst werden; auch können im Anfange, wie nach beginnender Beruhigung die Bewegungen durch kräftigen Willenseinfluss beschränkt und gemildert werden; aber auf der Höhe der Krankheit sind die Bewegungen in keiner Weise mehr dem Willenseinfluss zugänglich, sie werden vielmehr oft um so intensiver und ausgedehnter, je mehr sich der Kranke bestrebt, sie zu beschränken und zu unterdrüken. Dabei behalten jedoch die Vorstellungen auch unbewusster Art einen Einfluss auf die Contractionen und bei vollkommener Ablenkung der Aufmerksamkeit sowie im Schlafe hören diese meist auf oder vermindern sich doch.

Die Muskel, welche am häufigsten befallen werden, sind die der Extremitäten und vornehmlich der Arme; nach diesen kommt die Musculatur des Antlizes und die Zunge; nur ausnahmsweise sind die Muskel des Schlundes und die Kaumuskel afficirt. Unter 223 Beobachtungen von Sée waren 143mal die Contractionen entweder in allen vier Gliedern oder doch in den beiden oberen Extremitäten und im Gesicht. Häufig sind die Bewegungen nur auf einer Körperhälfte zu bemerken, wo-

mit jedoch nicht ausgeschlossen ist, dass diese wechselt. Die meisten Beobachter stimmen damit überein, dass die Choreabewegungen häufiger auf der linken, als auf der rechten Seite vorkommen. — Sehr oft bemerkt man neben der abnormen Bewegung eine mehr oder weniger bedeutende Anomalie der intellectuellen Functionen bis zur vollkommenen Verwirrung, selten bis zur eigentlichen Bewusstlosigkeit.

Je nach der Ausbreitung der Choreabewegungen oder nach der Abwesenheit oder Gegenwart psychischer Störungen hat man zwischen kleinem Veitstanz und grossem unterschieden.

Die Uebergänge beider Formen sind aber so vielfach, dass diese Differenz vor der Hand als unwesentlich bezeichnet werden muss und nur der schnelleren Verständigung halber beibehalten zu werden verdient.

Der Veitstanz entwikelt sich gewöhnlich von den einfacheren, localen zu den complicirteren und verbreiteten Formen, von einer blossen Muskelunruhe zu der beständigen allseitigen Agitation; zuweilen stellen die complicirteren Formen Paroxysmen dar, welche die einfacheren Formen unterbrechen; zuweilen endlich bleibt die Chorea durch den ganzen Verlauf hindurch auf die Muskel einer Gruppe oder einer ganzen Extremität beschränkt.

Im Anfange der Erkrankung bemerkt man an den Kranken oft Niedergeschlagenheit oder nervöse Gereiztheit, Unsicherheit der Bewegungen, eine gewisse Unruhe und Hastigkeit derselben. Dann treten, gewöhnlich plözlich, rukweise Bewegungen einer Muskelgruppe oder mehrerer ein, und bald geht diess in ein mehr oder weniger continuirliches, oft kaum Augenblike unterbrochenes, doch im Schlaf aufhörendes Muskelspiel über, wobei die mannigfaltigsten Gesticulationen, Grimassen, Rotationen etc. ausgeführt werden.

An den oberen Extremitäten werden die Finger oder die ganze Hand oder alle diese Theile mit einander bald gebeugt, bald gestrekt; der Vorderarm und der Oberarm befinden sich gleichfalls bald in Flexion, bald in Extension, bald in Rotation. Dabei werden Gegenstände, welche die Kranken zufällig in der Hand halten, entweder einfach fallen gelassen oder weitweg geschleudert. Die Ausführung der einzelnen combinirten Bewegungen mit dieser Extremität wird in Folge der unwiderstehlichen Muskelverzerrungen zulezt unmöglich: die Kranken können die Hand nicht zum Munde führen oder es gehen wenigstens dieser Bewegung viele nuzlose Versuche dazu vorher.

Das Gesicht zeigt alle nur erdenklichen natürlichen und unnatürlichen mimischen Bewegungen; der Mund ist bald weit offen, bald fest geschlossen; die Lippen werden gewaltsam nach auswärts gezogen. Die Zunge wird blizschnell vorgestrekt und wieder zurükgezogen und macht auch in der Mundhöhle allerhand Bewegungen, wodurch verschiedene, besonders schnalzende Töne entstehen. Die Augäpfel werden seitlich oder nach oben oder nach unten gerollt, wodurch alle nur möglichen Modificationen des Strabismus zustandekommen.

Die unteren Extremitäten zeigen im Vergleich zu den oberen eine geringere Intensität der Bewegungen. Das Gehen ist Anfangs noch gestattet, allmälig wird es unsicher, die Kranken fallen plözlich nieder, indem sich die Beine der Kreuz und der Quere über einander schlagen, und können zulezt das Bett nicht mehr verlassen.

Die Muskel des Stammes nehmen ebenfalls an der allgemeinen Agitation Theil: der Kopf wird bald seitlich verdreht, bald gewaltsam nach vorn oder nach hinten geschleudert.

Alle diese Muskelverzerrungen combiniren sich sowohl hinsichtlich der Menge der einzelnen Gruppen, als der betreffenden Seite, als endlich der Dauer und Intensität der Bewegungen in so unendlich vielfacher Weise, dass eine detaillirtere Beschreibung fast unmöglich ist.

In den höheren Graden der Krankheit nehmen die Kranken, welche dabei mehr oder weniger psychisch verwirrt erscheinen, bald burleske Gesticulationen und Sprünge unter gleichzeitigem Lachen, Singen und

Schreien vor; bald finden sich grässliche Verdrehungen des Kopfes, des Rumpfes und der Glieder mit Ausstossung thierischen und schrekenerregenden Gebrülls; bald haben die Kranken einen beständigen Trieb, vorwärts zu laufen; bald drehen sie sich aufrecht stehend im Kreise herum; bald wälzen sie sich im Zimmer umher und verbergen sich in Winkeln. Sehr oft sind die Kranken dabei auch stumm und starren vor sich hin; andere Male deliriren sie beständig. — Das Bewusstsein ist auch hiebei meist nicht erloschen: die Kranken haben das dunkle Gefühl von dem, was sie treiben, sie fühlen, dass sie sich dem Zuge ihrer Muskel widerstandsunfähig und willenlos hingeben müssen. Oft aber wissen sie auch nach dem Anfalle nichts von dem, was mit ihnen vorging.

Diese heftige Exacerbation, welche eine Mischung von Manie mit Chorea darzustellen scheint, soll durch Musik zuweilen influencirt worden sein, indem nach einigen Beobachtern die Bewegungen tactmässig geworden seien und eine milde Musik zugleich beruhigend gewirkt habe. — Meist treten diese heftigeren Zufälle nur anfallsweise auf, aber so, dass die Paroxysmen ungleich länger dauern, als bei andern Krampfformen und die Intervalle selten rein sind, sondern die Erscheinungen der milderen Grade zeigen.

Das Eintreten und Aufeinanderfolgen der unwillkürlichen Bewegungen ist in leichten, wie in schweren Fällen meist ohne alle Regelmässigkeit und Rhythmus; wie vom Zufall veranlasst wird bald diese, bald jene Muskelgruppe contrahirt oder wird ihre Contraction durch willkürliche Bewegungen in ihrer Nähe, durch Einwirkung auf benachbarte sensible Theile, durch deutlichere oder dunklere Vorstellungen angeregt. Bewegungen der Arme folgen so ohne alle Regel auf Grimassen, Schütteln, Vor- und Rükwärtsneigen des Kopfes, Schnalzen mit der Zunge wechselt damit ab. — In andern Fällen dagegen bemerkt man einen Rhythmus in Contraction und Erschlaffung und im Wechsel der Muskel, welche sich contrahiren, ein tactmässiges Bewegen. Am seltensten sind rhythmische Bewegungen der unteren Extremitäten und eine Art tactmässigen Tanzens, am häufigsten gleichmässige Rotationen mit den Armen oder rhythmisches Hin- und Herbewegen des Arms, zuweilen tactmässige Rotationen des Truncus, ebensolche Vor- und Rükwärtsbewegungen des ganzen Körpers oder des Kopfes oder Seitenbewegungen des lezteren, zuweilen endlich ein rhythmisches kurzes Oscilliren mit einem oder mehreren Theilen.

Die Ursache der rhythmischen Modification der Chorea ist unbekannt. Dass hier nicht solche Veränderungen bestehen, wie oben bei den von Gehirnläsionen abhängigen Schaukelbewegungen angeführt wurden, zeigt der transitorische Character und die Heilbarkeit solcher Fälle. Paget (aus Edinb. medical and surg. Journal 1847 in Arch. gén. D. XV. 52) theilt 13 geheilte Fälle von rhythmischen unwillkürlichen Bewegungen mit. — Die oscillatorische Form der rhythmischen Chorea schliesst sich an die Paralysis agitans an und kann mit ihr enden.

In den meisten Fällen klagen die Kranken, wenn sie bei voller Besinnung sind, über mehr oder weniger heftige Schmerzen und Mattigkeit der Glieder, was jedoch sich nicht auf die von den Bewegungen befallenen Theile beschränkt, auch nicht mit dem Grade der Bewegungen in Proportion steht, sondern häufig im ganzen Körper und oft in Theilen sich zeigt, welche sich ruhig verhalten. Besonders sind nicht selten Schmerzen in den Gelenken vorhanden, welche in der Bettwärme zunehmen und die Aufregung steigern. Ebenso bemerkt man häufig das Gefühl des Ein-

geschlafenseins und des Prikelns in den Gliedern, eine Schmerzhaftigkeit an der Wirbelsäule, welche sich spontan zeigt oder auf Druk, Schmerzen im Naken, im Hinterhaupt, in den Schläfen oder im ganzen Kopf. — Seltener zeigen sich bei Kranken, deren Besinnung erhalten ist, Hautanästhesieen oder Lähmungen der Retina. — Der Gemüthszustand ist bei Allen, auch bei solchen, die keine wirklichen psychischen Störungen zeigen, ausserordentlich reizbar, meist ängstlich, sehr oft zum Zorn und Eigensinn geneigt, und bei längerer Dauer pflegt häufig einige Verminderung des Gedächtnisses sich einzustellen.

Die Empfindungen in den Gliedern sind offenbar nicht Folge der Ermüdung in den befallenen Theilen; denn eine solche gibt sich, wenigstens so lange die Anfälle dauern, in keiner Weise zu erkennen, selbst wenn die Bewegung einer Muskelgruppe Wochen lang andauert. Jene Empfindungen gehen vielmehr oft den unwillkürlichen Bewegungen voran und werden mit deren Eintritt an den betreffenden Theilen weniger empfunden, als an den nicht in Bewegung gesezten. Dagegen dürfte es aber auch nicht angemessen sein, diese Empfindungen ohne Weiteres als rheumatische zu bezeichnen; es scheint vielmehr, dass sie excentrisirte Sensationen sind, wie sie auch bei andern Gehirnkrankheiten vorkommen. — Die Anästhesie, welche überhaupt ein weniger gewöhnliches Symptom darstellt, ist durchaus transitorisch und verliert sich mit Aufhören der Chorea sofort vollständig, wenn nicht organische Störungen im Gehirn befindlich sind. — Die Reizbarkeit des Characters fehlt in keinem Falle, ist häufig sogar das erste Symptom der Krankheit; sie erreicht oft einen ganz unerträglichen Grad und es wird bei dem sich entwikelnden und fortwährend sich steigernden Eigensinn und Jähzorn oft ausserordentlich schwierig, ja selbst unmöglich, in jedem Augenblik zu bestimmen, was krankhaft und was nur Folge der Ausartung des Characters ist. Diese bösartige Gereiztheit der Stimmung reflectirt sich immer wieder in den Krämpfen und jeder Widerspruch, jeder Zwang ruft an Wuth grenzende Affecte hervor, welche sofort von stürmischen Bewegungen begleitet sind. Es kann nicht fehlen, dass bei dieser Zügellosigkeit des Characters die Intelligenz stumpfer wird und dass sich Bestrebungen positiver und negativer Art in einer krankhaften Weise festnisten, auch einzelne partielle Wahnvorstellungen sich entwikeln. Doch geschieht es, dass in den meisten Fällen nach Aufhören der Chorea diese Entartung des Characters, die Abstumpfung und Verwirrung der Intelligenz und selbst die Schwächung des Gedächtnisses wieder allmälig sich hebt.

Die willkürlichen Bewegungen sind in den nicht von unwillkürlichen Contractionen befallenen Muskeln vollkommen ausführbar. Aber sie sind durch die krankhaften Contractionen gemischt, verunreinigt und erschwert; sie rufen die lezteren sehr häufig hervor, und in solcher Weise erregt verbreiten sich die lezteren oft weit über das Gebiet der willkürlich in Thätigkeit gesezten Muskel. So fängt nicht nur bei dem Versuch zu sprechen alsbald ein Stottern und Stoken an, sondern die Antlizmuskel verziehen sich sogleich und die Bewegungen können sich sofort über Hals und Extremitäten ausdehnen. Hiedurch kann es geschehen, dass selbst in mässigen und nicht mit psychischen Störungen complicirten Fällen das Sprechen und alle willkürlichen Handlungen im höchsten Grade beschränkt und unvollkommen werden.

In manchen Fällen zeigen die Organe der Respiration, Circulation und Digestion bei der Chorea keine Anomalie; doch sind Beklemmung und erschwerte Respiration und selbst heftige Anfälle von Dyspnoe nicht selten; noch häufiger zeigen sich Palpitationen und Unregelmässigkeit der Herzbewegungen; der Appetit verliert sich oder wird ungleichförmig, Uebelkeiten, Schmerzen in der Magengegend, Auftreibung des Leibes, Verstopfung, dike Zungenbelege kommen nicht selten vor. Die Ernähr-

ung muss unter solchen Umständen nothleiden und ein mehr oder weniger auffallender cachectischer Zustand, ja selbst ein hoher Grad von Marasmus kann sich einstellen. Ausserdem geschieht es nicht selten, dass ein fieberhafter Zustand sich entwikelt, bei welchem jedoch die nähere Beziehung zur Chorea zweifelhaft und wahrscheinlich der Zusammenhang mit ihr nur ein indirecter ist.

Wenn vor dem Anfang der Chorea schon andere Störungen im Körper bestehen, so treten diese zwar zuweilen eine Zeitlang zurük; allein gemeiniglich machen sie bei Fortdauer der Chorea schnelle Fortschritte und namentlich die Anämie, die Tuberculose pflegen rasch sich weiter zu entwikeln. Hiedurch wird der Untergang der an Chorea Leidenden in vielen Fällen wesentlich beschleunigt.

Nachdem die Anfälle der Chorea oder der habituelle Zustand unwillkürlicher coordinirter Bewegungen längere oder kürzere Zeit unter manchen Schwankungen sich erhalten hat, die Krankheit von den leichteren Graden zu den schwereren, von den beschränkten zu den allgemeineren fortgeschritten war, manchmal auch völlig, jedoch ohne Rhythmus intermittirt hatte, kann der Zustand entweder zur Genesung sich wenden. Dabei beruhigen sich zuerst die Bewegungsstörungen in den unteren Extremitäten, dann werden die in den oberen und im Antliz sparsamer und geringer, alsdann treten längere Pausen ein, in welchen der Kranke ganz frei ist, während er aber noch ohne Veranlassung oder bei jeder Gemüthsbewegung oder bei jedem Versuche einer willkürlichen Handlung alsbald von unwillkürlichen Bewegungen gestört wird. Nach und nach wird sein Aussehen besser, der Ausdruk seiner Physiognomie natürlicher, der Appetit und die Verdauung stellen sich her und wenn keine Störung eintritt, verlieren sich mehr und mehr die Neigungen zu den krampfhaften Bewegungen, so dass nach 6—8 Wochen die Herstellung vollendet zu sein pflegt, wonach aber stets noch eine grosse Neigung zu Recidiven hinterbleibt.

Oder es hören zwar die Krämpfe auf, aber es bleibt eine Schwäche der Glieder, selbst eine locale Paralyse, eine Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz zurük.

Oder die Chorea sezt sich als ein habitueller Zustand mit oder ohne Pausen in unbegrenzter Weise fest.

Oder endlich es tritt der Tod ein, in welchem Falle eine Zeitlang die Krämpfe mit grosser Heftigkeit zunehmen.

Die mittlere Dauer des Veitstanzes wird von Rufz auf 31 Tage, von Dufossé auf 57 Tage angegeben. In Fällen längerer Dauer ist die Krankheit gewöhnlich nur auf einzelne Muskelgruppen, am häufigsten auf eine obere Extremität, namentlich die linke, beschränkt. — Beim Eintritt einer andern, besonders fieberhaften Krankheit, sah man zuweilen ein plözliches Aufhören der Chorea. — Rufz sah die Krankheit bei demselben Kranken 6mal wiederkehren; Rilliet und Barthez beobachteten unter 19 Kranken 6mal Recidive. — Die Sectionsbefunde bei der Chorea sind sehr unbeständig. In manchen Fällen wurden die Centralorgane der Nerven vollkommen normal befunden, in andern zeigten sich die verschiedenartigsten Störungen, welche aber wahrscheinlich stets nur den secundären Affectionen zu Grunde lagen. Die Blutüberfüllungen der centralen Nervenmassen und ihrer Häute, welche sich besonders in den Fällen fanden, wo die Kranken im Anfalle zu Grunde gingen, scheinen durch diesen mechanisch hervorgebracht zu sein. Andere Veränderungen, wie Entzündung und Erweichung einzelner Hirn- und Rükenmarkstheile (namentlich der Corp. quadrigemina, der Grosshirnschenkel), Hypertrophieen der Corticalsubstanz, Knochenlamellen in der Spinalpia waren entweder nur todbringende

Complicationen oder zufällige Befunde. In einem Falle fand Froriep eine beträchtliche Anschwellung des Zahnfortsazes des Epistropheus und dem entsprechend einen Eindruk am verlängerten Mark. Die pathologische Anatomie lässt somit die Causalverhältnisse der Chorea in vollkommenem Dunkel und es lässt sich demnach noch nicht bestimmen, welcher Theil des Nervensystems der wesentlich ergriffene sei. Die Ansicht Einiger, dass die Chorea von einem aufgehobenen oder verminderten Einflusse des kleinen Gehirns auf das verlängerte Mark herrühre, ist bis jezt nur hypothetisch.

Ausser den seltenen Störungen im Gehirn finden sich häufiger extracephale Anomalieen: im Herzen, in den serösen Häuten, den Lungen, dem Darme, welche jedoch nur den complicirenden oder veranlassenden Affectionen angehören.

III. Therapie.

Bei der Behandlung der Chorea hat man vor Allem den ursächlichen Verhältnissen Rechnung zu tragen und jedes Moment zu entfernen, welches, wenn auch nur mit Wahrscheinlichkeit, die Krankheit veranlasst oder deren Ausbruch befördert haben könnte. Ebenso sind alle Umstände zu vermeiden, von welchen in dem einzelnen Falle der Wiedereintritt oder die Steigerung der Anfälle auszugehen scheint. Es ist für eine gute und reine Luft, wenn es möglich ist mit Veränderung des Wohnorts, Sorge zu tragen, die Diät darf nährend, aber nicht zu reichlich sein; laue oder kühle Bäder, besonders aber Schwefelbäder, unterstüzen die Cur wesentlich, und eine sehr günstige Wirkung hat man von der Anordnung methodischer, anfangs einfacher, allmälig complicirterer, willkürlicher Bewegungen gesehen. Dabei muss man suchen, auf das Gemüth des Kranken günstig einzuwirken, die reizbare Widerspenstigkeit mit Entschiedenheit und Milde bekämpfen; wo der Kranke sich bemüht, durch willkürliche Ableitung der Aufmerksamkeit seinem Anfall entgegenzuarbeiten, ist er in seinen Bestrebungen, die mindestens zur Intensitätsverminderung der Anfälle führen können, möglichst zu unterstüzen. — Bei längerer Dauer der Krankheit ist auf die beginnende Störung der Gesammtconstitution Rüksicht zu nehmen, eine geordnete Verdauung herzustellen und ist die Anwendung von Eisenpräparaten oft nüzlich.

Bei heftigeren Paroxysmen kann es nöthig werden, zum Schuz gegen Selbstverlezungen des Kranken Vorsichtsmaassregeln anzuordnen, beengende und hemmende Kleidungsstüke zu entfernen, und sehr nüzlich ist es, den Kranken auf eine am Boden ausgebreitete, mässig harte Matraze zu legen.

Bei mässigen, aber chronischen Fällen, oder wenn die eingetretene Besserung sich verzögert, sowie um die vollendete Heilung dauernd zu machen, sind Seebäder von grossem Nuzen.

Zu allen Zeiten der Chorea hat man aufmerksam auf Complicationen zu sein und diesen die nöthige und entsprechende therapeutische Berüksichtigung zu schenken.

In den meisten Fällen von Chorea ist, wenn dieselbe nicht von schweren Erkrankungen des Gehirns abhängt und nur als deren Symptom auftritt, mit der angegebenen Behandlung die Heilung zu erreichen. Der Punkt, an dem diese am häufigsten scheitert, ist die Widerspenstigkeit und der Eigensinn der Kranken selbst, wodurch nicht nur die krankhaften Zufälle selbst gesteigert, sondern auch die richtige Anwendung der Mittel vereitelt und der Arzt getäuscht wird. Es ist in solchen Fällen das Verfahren mit Umsicht und vornehmlich mit psychologischer Berücksichtigung dem individuellen Verhalten anzupassen und während in einem Falle eine milde psychische Einwirkung genügt, so kann in einem andern durch ein gelindes

Schrekenssystem oft weit mehr geleistet werden. Für leztere eignen sich vornehmlich die kalten Uebergiessungen, welche dagegen bei ängstlichen und weichen Gemüthern und schwächlicher Natur eher schädlich sind. — Auf die Gymnastik hat zuerst Louvet Lamarre ein grosses Gewicht gelegt (Nouv. biblioth. méd. IV. 403); am meisten aber hat dieses Verfahren Sée methodisch formulirt. Er fand, dass zum Anfang der Cur die tactmässige Verbindung des Gesangs mit einfachen Bewegungen in verticaler Lage am zwekmässigsten sei und dass dabei in allen durch dieses Mittel überhaupt heilbaren Fällen von Chorea schon bei der fünften oder sechsten Probe eine wesentliche Verbesserung des Zustandes eintrat. Wenn auch alsdann eine Zeitlang kein weiterer Fortschritt bemerkt wird, so wurde durch die Fortsezung desselben Verfahrens oder durch allmäliges Fortschreiten zu complicirteren Uebungen bald aufs Neue eine auffallende Besserung und eine vollständige Herstellung erreicht, so dass unter 22 allein mit dieser Methode behandelten Individuen 18mal die Herstellung mit einer Mitteldauer von 29 Tagen gelang, in 11 Fällen, bei welchen zugleich noch Schwefelbäder gebraucht wurden, 8mal und in 5 Fällen, in denen zugleich Tonica angewandt wurden, 3mal.

In den meisten Fällen sind, wenn keine Complicationen bestehen, innere Mittel ohne grossen Einfluss und es ist über die Wirksamkeit derselben schwer zu einem Urtheil zu gelangen, da meist auch ohne sie die Chorea mindestens ebenso schnell heilt. Nichtsdestoweniger sind eine grosse Zahl empfohlen und als heilsam ausgegeben worden: in erster Reihe die Antispasmodica, wie Valeriana, Asa foetida, namentlich aber das Zinkoxyd; ferner Kupfer, Silbersalpeter, auch der Arsen; Tonica (China und die verschiedenen Eisenpräparate, namentlich das Eisenoxydhydrat); die Narcotica, vornehmlich das Opium, die Nux vomica und das Strychnin, von welch lezterem Trousseau eine günstige Wirkung beobachtet haben will; das Jod in verschiedenen Anwendungsweisen und Präparaten; die Purganzen, besonders Rheum und Ol. Ricini, sowie die Brechmittel, namentlich Tartarus emeticus in grossen Dosen. Ebensowenig lässt sich über die Erfahrungen mit Einreibungen der Quecksilbersalbe, mit Blutegeln an den 7ten Halswirbel ein entscheidendes Urtheil fällen.

2. Catalepsie.

I. Die Erstarrung der willkürlichen Muskel im contrahirten Zustand mit Aufhebung des Willenseinflusses, aber mit erhaltener passiver Biegsamkeit der Theile (Catalepsie) kommt äusserst selten als isolirte Erscheinung vor. Man hat sie bei Individuen mittleren Alters beobachtet, ohne dass deutliche Ursachen, in einem Falle vielleicht Erkältung, sie veranlasst hätten.

Dagegen kommt ungleich häufiger ein ähnlicher Zustand der Musculatur, bald mit erhaltenem, bald mit aufgehobenem Bewusstsein vor: neben psychischen Störungen, namentlich Melancholie und Blödsinn; als Theilerscheinung der Hysterie, als Anfang oder als transitorische Form bei epileptischen, eclamptischen und choreaartigen Krämpfen, oder als allmälige Ausartung derselben in die cataleptische Erstarrung; als Symptom anatomischer Störungen des Gehirns (Atrophie), als Folge von Intoxication. — Das Eintreten der cataleptischen Erscheinungen ist in diesen complicirten Fällen bald auf besondere Veranlassungen (psychische Einflüsse, Erbliken von andern Cataleptischen, Schrek, Erkältungen), bald ohne solche, nicht bloss bei Individuen mittleren Alters, sondern auch bei Kindern beobachtet worden.

Die Catalepsie, welche schon von Friedr. Hoffmann (de affectu cataleptico rarissimo 1692) und von Dionis (Traité sur la mort subite et sur la catalepsie 1710) ausführlich beschrieben wurde und vornehmlich im 18ten Jahrhundert Gegenstand vieler speciellen Mittheilungen gewesen ist (vergl. J. Frank, Grundsäze der ges. pract. Heilk., herausg. v. Voigt. VI. 441), zeigt in uncomplicirter und reiner Form ein so ungemein seltenes Vorkommen, dass ihre Existenz von manchen Aerzten bezweifelt wird. In der That finden sich, wenigstens in der neueren Literatur und

von Beobachtern, welchen Umsicht und Glaubwürdigkeit zuzutrauen ist, nur ganz wenige Fälle dieser Krankheit in ihrer reinen Form. Es sind diess folgende: ein Fall aus der Louis'schen Klinik, von Barth beschrieben (Journ. hebdomad. 1836 B. 376), betreffend eine 42jährige Taglöhnerin von normaler Constitution, heiterem Character, immer gesund, welche ohne bekannte Ursache, nachdem sie sich an einem Tage viele Bewegung gemacht und dabei Kopfschmerz gefühlt hatte, auf dem Nachhausewege einschlief und den folgenden Morgen bewusstlos gefunden wurde. Sie bot, 22 Stunden nach dem Beginn ihrer Betäubung in das Hospital gebracht, alle Erscheinungen der Catalepsie dar, welche jedoch 5 Stunden darauf unter der Anwendung von Sinapismen mit plözlichem Erwachen verschwanden, worauf ein halbstündiger reichlicher Schweiss eintrat und schon den folgenden Tag die Kranke völlig hergestellt war. — Ein Fall von Scheible (Medicin. Ann. VII. 450. 1841), welcher jedoch wahrscheinlich eher in die Categorie der Hysterie fällt. — Ein Fall von Crowfoot (Provinc. Journ. 1846. III. 46) betreffend einen 30jährigen Mann von zarter Constitution, wegen leichten Vergehens zu Gefängniss verurtheilt, welcher bei seiner Arbeit in der Stampfmühle Müdigkeit und Kopfschmerz fühlte, darauf schwaches Nasenbluten bekam und einige Stunden später bewusstlos gefunden wurde. Der Anfall dauerte nur kurz, wiederholte sich aber den nächsten Tag und ebenso am dritten, wo man entdekte, dass bei vollkommener Bewusstlosigkeit die oberen Extremitäten in cataleptischem Zustande sich befanden, die Pupillen gegen das Licht unempfindlich waren und der Puls sehr wechselnd sich zeigte. Der Anfall dauerte nur eine Stunde, wiederholte sich aber kurze Zeit darauf noch mehrere Male, bis er auf die angewandten Mittel (namentlich die Electricität, deren Application die Anfälle immer mehr kürzte, dagegen heftige Convulsionen hervorbrachte) verschwand. — Ein Fall von Schow (aus Hospitals meddelelser. V. In Schmidt's Jahrbb. LXXX. 199), welcher einen 32jährigen Arbeitsmann von gesundem Aussehen, geordneter Lebensweise betrifft, welcher stets, mit Ausnahme eines lange vorangegangenen gelinden Wechselfiebers gesund gewesen war und bei einer Fahrt in kaltem Wetter und mit leichter Bekleidung zu frieren anfing, um sich zu erwärmen vom Wagen stieg, schläfrig wurde, über Schwere in der Stirn und Kälte im ganzen Körper klagte, sofort sprachlos wurde, das Bewusstsein verlor, aber noch mechanisch an der Seite des Wagens, an dem er sich mit einer Hand fest hielt, weiter ging, auf einmal ihn losliess und mit offenen Augen ganz stumm und unbeweglich wie eine Bildsäule stehen blieb. Er bot, in das Hospital gebracht, alle Erscheinungen der Catalepsie dar, welche nach Anwendung eines Bades und reichlicher Application von Sinapismen 50 Stunden nach dem Beginn der Krankheit unter allmäligem Wiedereintritt des Bewusstseins sich zu verlieren anfing. Einige Stunden darauf kam die Sprache wieder, dann auch die Beweglichkeit der Glieder und nach einigen Tagen war der Kranke vollkommen hergestellt. — Ein Fall von Radcliffe (aus Lancet. Juli 1852. In Canstatt's Jahresber. N. F. III. 109), welcher einen 12jährigen schwächlichen Knaben betrifft, der nach einer starken Erkältung erst eine cataleptische Erstarrung des Armes ohne Verlust des Bewusstseins erlitt. Nachdem sich diese mehrmals wiederholt hatte und bald einige Minuten, bald einige Stunden andauerte, verbreitete sich die Steifheit über sämmtliche Extremitäten und schwand zugleich das Bewusstsein in den Anfällen, welche sich 4—5 Wochen lang fortsezten und allmälig unter einer kräftigenden und reizenden Therapie sich verloren.

Cataleptische Formen bei Geisteskranken und bei Hysterischen sind nichts Ungewöhnliches; ebenso beobachtet man ziemlich häufig, dass Epilepsieen, die Eclampsie der Wöchnerinnen, die Chorea und alle Arten convulsivischer Krankheiten zeitweise statt heftiger Erschütterungen und tetanischer Erstarrung der Muskel die Form der Catalepsie in mehr oder weniger vollkommenem Grade, d. h. eine Erstarrung der Muskel mit erhaltener passiver Beweglichkeit zeigen. Eine Anzahl von Fällen solcher complicirter und unreiner Catalepsieen ist in der Literatur niedergelegt. Es mag jedoch bei der Häufigkeit des Vorkommens genügen, einige wenige theils durch ihre Besonderheit ausgezeichnete, theils der genauen Beschreibung wegen interessante Fälle hervorzuheben: Heine (Clin. Bericht in Schmidt's Jahrbb. X. 232) theilt einen, freilich schlecht erzählten Fall mit, wo eine Catalepsie bei einem Knaben vorkam, bei welchem die Section ein sehr unentwikeltes Gehirn mit sparsamen Windungen und ebenfalls ungewöhnlich dünne Nervenstränge aufwies; Calvi (1835 Omodei annali. In Schmidt's Jahrbb. XII. 56) theilt einen wahrscheinlich hysterisch-cataleptischen Fall mit, welcher dadurch besonderes Interesse hat, dass die Anfälle durch Einsprizung von gr. jjj Tart. stib. auf ℥β Wasser in die Medianvene gehoben wurden; Law (Dublin Journ. 1836. IX. 250): Fall von Entstehung der Catalepsie mit Convulsionen complicirt durch den Anblik einer Cataleptischen; Manirus (Siebold's Journ. XVI. 2): Fall einer 60jährigen Cataleptischen, offenbar mit Hysterie complicirt;

Duvard (Gaz. méd. X. 362. 1842): sehr ausführliche Beschreibung eines Falls von hysterischer Catalepsie mit so eigenthümlichen Erscheinungen, dass die Richtigkeit der Beobachtung verdächtig wird, wie z. B. mit gänzlicher Anästhesie der Körperoberfläche, Beschränkung aller Sensation auf Magengegend, Handteller und Fusssohlen, welche auch die Functionen der übrigen Sinne übernommen haben sollen; Stark (Edinb. Journ. Octbr. 1850): 9jähriges Mädchen, zuvor an Krämpfen leidend; Skoda (Zeitschr. d. Wien. Aerzte VIII. 11. 1852), genau beschriebener Fall eines durch vorangehendes Magnetisiren in hysterische Verwirrtheit verfallenen und darauf cataleptisch gewordenen 15jährigen Mädchens. Vergl. auch Bourdin (Traité de la catalepsie 1841: 38 fast nur unreine Fälle) und Milner (Edinb. Journ. Octbr. 1850).

II. Die reine Catalepsie beginnt, nachdem Kopfweh, Mattigkeit u. dergl. vorangegangen ist, entweder mit Bewusstlosigkeit oder mit localer Erstarrung einzelner Glieder. In kurzer Zeit bildet sich der vollständige Anfall aus, in welchem der Kranke vollkommen bewusstlos, ohne Perception, ohne selbständige Bewegung seiner Muskel, ohne Erscheinung von Reflexbewegung in denselben, in dem Zustand von Muskelcontraction, Erschlaffung und Muskeltonus, also in derjenigen Stellung, Haltung etc. verharrt, in welcher er sich beim Eintritt des Zustandes befunden hatte, oder in welche er während desselben künstlich versezt wird. Die einzelnen Theile lassen sich ohne allen Widerstand beugen und streken, verbleiben aber in der Lage, in die man sie bringt, oder verlassen sie nur allmälig, indem sie sich langsam nach dem Gesez der Schwere senken. Die Physiognomie zeigt eine gänzliche Geistesabwesenheit, die Augen sind je nach den Umständen bald offen, bald geschlossen und zeigen im ersteren Falle nur ein seltenes Blinzeln, die Pupille ist erweitert und unempfindlich gegen das Licht; mechanische Reizung des Auges bringt kein oder nur ein langsames Schliessen hervor. Der Kiefer lässt sich öffnen und schliessen und bleibt in dem Zustand, in den man ihn bringt. Stoffe, welche in den Mund gelegt werden, erregen keine Schlingbewegungen und nur wenn man sie bis in den Pharynx schiebt, werden sie geschlukt. Die Respiration ist langsam und ungestört; die Herzcontractionen sind normal oder frequent. Die Harn- und Stuhlausleerung fehlt. Die Haut ist bald blass, bald am Kopfe geröthet, häufiger kalt, als von erhöhter Temperatur, unempfindlich gegen jede Berührung. — Dieser Zustand dauert nur einige Minuten oder Stunden, auch wohl einen Tag oder etwas länger an, kann sich aber wiederholen, und aus dem Anfall erwacht der Kranke wie aus tiefem Schlafe, zeigt keine Erinnerung an das Vorgegangene, bekömmt plözlich oder allmälig die Gewalt über die Sprache und über seine Muskel wieder, zeigt aber noch einige Zeitlang einzelne Störungen, wie Kopfschmerz, Schwindel, psychische Verwirrung, Trübsinn, Gliederschmerzen, Schweisse, — Erscheinungen, welche bei den sich wiederholenden Paroxysmen die Intervalle ausfüllen. Der Tod wurde in keinem Falle einer Catalepsie beobachtet, vielmehr endete die Catalepsie immer mit vollkommener Herstellung.

Die complicirten und unreinen Fälle der Catalepsie können sich mehr oder weniger an die reine Form anschliessen oder auch beträchtliche Differenzen mit ihr zeigen. Meist gehen verschiedenartige andere Störungen voran: Melancholie und andere Geistesverwirrung, Krämpfe, diverse Sensationen. Der Anfall selbst bricht bald plözlich aus, bald allmälig. In demselben ist oft das Bewusstsein nicht ganz aufgehoben, werden auch Schmerzempfindungen geäussert, einzelne Bewegungen ausgeführt, die Reflexactionen sind nicht ganz erloschen, die Empfindung der Sinne

und der Haut kann in verschiedenem Grade erhalten sein, die Biegsamkeit der Muskel ist nicht so vollständig und eine Art krampfhafter Starrheit, welche jedoch leicht zu überwinden ist, widersezt sich der passiven Bewegung. Auch treten einzelne Zukungen und sogar convulsivische Erschütterungen dazwischen. Die Physiognomie hat mehr den Ausdruk der Schwermuth, des Irreseins oder der Verzükung. Das Schlingen geht oft nicht ohne grosse Schwierigkeit vor sich und Harn- und Stuhlausleerungen fehlen weniger constant. Respiration, Herzbewegung und Hauttemperatur zeigen je nach der Verschiedenheit des Falles manche nicht hergehörige Modificationen. — Der einzelne Anfall kann, zumal wenn er sehr unvollständig ist, viel länger dauern und sich Wochen lang hinausziehen. Nach seinem Erlöschen zeigen zuweilen die Kranken Erinnerung an das, was mit ihnen vorgegangen ist. Recidive sind nicht selten und auch der Tod kann durch die complicirende Krankheit herbeigeführt werden. — Dieses Krankheitsbild kann sich mehr oder weniger der schwermüthigen Versunkenheit, der psychischen Ekstase, der Epilepsie, der Chorea, den hysterischen Convulsionen und der hysterischen Verrüktheit nähern und durch diese Uebergänge zahllose unbeschreibbare Modificationen zeigen.

III. Die Therapie bei der einfachen Catalepsie scheint mit geringen Mitteln, namentlich der Anwendung von mässigen Hautreizen, Senfcataplasmen vollkommen auszureichen, und es scheint kaum, dass die Application der Electricität, durch welche man allerdings dem cataleptischen Anfalle ein Ende gemacht hat, oder andere starke Eingriffe bei dieser Krankheitsform nöthig werden. — In der complicirten Catalepsie dagegen ist die Behandlung vornehmlich auf die begleitenden Störungen der Constitution, die Anomalieen des Gehirns und andere Complicationen zu richten, während der cataleptische Anfall selbst gleichfalls durch Hautreize, Electricität behandelt werden kann.

EE. CEREBRALSTÖRUNGEN MIT OSCILLATORISCHEN BEWEGUNGEN (CEREBRALE ZITTERKRÄMPFE UND ZITTERLÄHMUNGEN).

Die vom Gehirn abhängigen Zitterbewegungen sind selten oder vielleicht niemals vereinzelte Erscheinungen, sondern bestehen neben andern und meist wichtigeren Symptomen von Hirnkrankheit, oder neben Anomalieen und Modificationen der Constitution (Säuferkrankheit, Mercurialvergiftung, seniles Zittern).

Die Abhängigkeit der oscillatorischen Bewegungen vom Gehirn ist einerseits zu erkennen an ihrer Ausbreitung auf Muskelprovinzen, welche von Hirnnerven versorgt werden (Wakelkopf, Zittern der Zunge, Zittern des Unterkiefers, oscillatorische Bewegungen in den Wangenmuskeln, Augenmuskeln etc.), andererseits an dem Einfluss, welchen Hirnzustände (vorübergehende physiologische wie krankhafte Erregungen) auf die Oscillationen, ihre Verminderung oder Vermehrung haben.

Die von Cerebralaffection abhängigen Tremores schliessen sich an sowohl an die krampfhaften Bewegungen, zumal an die Chorea, als auch an die Paralyse, verbinden sich mit beiden Krankheitsformen, können mit ihnen wechseln, in sie übergehen oder aus ihnen entstehen.

Die oscillatorischen Bewegungen sind entweder eine dauernde Erscheinung oder treten sie nur vorübergehend in Augenbliken des Affects, in oppressiven Stimmungen und bei jeder zufälligen Schwächung ein. Sie sind in der Mehrzahl der Fälle nur bei versuchten willkürlichen Bewegungen zu bemerken, in schwereren dauern sie auch in der Ruhe fort. Sie

haben die Folge, die willkürlichen Bewegungen unsicher zu machen, obwohl sie bei mässigen Graden zuweilen so überwunden oder die willkürlich ausgeführten Bewegungen so an sie accommodirt werden können, dass selbst die feinsten und exactesten Arbeiten nicht selten von zitternden Händen vollbracht werden. Sie sind eine lästige Erscheinung, aber ohne weitere Nachtheile zu bringen, es sei denn, dass bei der Hin- und Herbewegung der Theile mechanische Beeinträchtigungen stattfinden. — Zuweilen nur vorübergehendes Vorkommen ist das Zittern oder doch die Neigung zu demselben meist eine habituelle und nicht leicht mehr vollständig sich hebende Anomalie.



Die Therapie des Cerebraltremors hat sich hauptsächlich auf die Ursachen und die zu Grund liegenden Gehirnstörungen oder weiter auf die dabei betheiligten Constitutionsverhältnisse zu beziehen; ausserdem den etwaigen Verlezungen bei heftigen oscillatorischen Bewegungen auf mechanische Weise vorzubeugen. Doch kann auch durch peripherische Anwendung von tonischen Mitteln (Eisenbäder, Moorbäder u. dergl.) das Zittern wenigstens in manchen Fällen beschränkt werden.

Der wesentliche Grund der Zitterbewegungen ist unbekannt und ebensowenig lässt sich bestimmen, von welchem Hirntheile aus diese Bewegungen bestimmt werden. Blasius hat die Zitterbewegungen neuerdings als Stabilitätsneurosen bezeichnet (Archiv f. physiol. Heilk. X. 210) und sieht sie als eine Art von Anomalie des Muskeltonus an, als ein Oscilliren desjenigen Nerveneinflusses, welcher die Stabilität der betreffenden Theile bedingt, in der Art, dass der Tonus der betreffenden Muskel momentan unter das richtige Maass herabsinke und ebenso momentan wieder zur normalen Höhe sich erhebe. Als Regulator dieser Stabilität und der sie erhaltenden Innervation betrachtet er das Rükenmark. — Ansichten, welche zumal bei den Zitterbewegungen der von Hirnnerven abhängigen Muskel nicht weiter zu begründende Hilfshypothesen nöthig machen. Wenn er hiebei sehr richtig bemerkt, dass das Zittern mit Contraction der Muskel, wie mit Erschlaffung verbunden sein kann, so ist auch damit für den wesentlichen Vorgang beim Zittern und für die Ursache desselben nichts weiter gewonnen.

FF. PARALYTISCHE FORMEN.

1. Topische motorische Lähmungen.

Topische motorische Lähmungen sind zwar sehr häufig vom Gehirn abhängig (Erweiterung einer Pupille, Lähmung der Zunge, des Facialis, Lähmung einzelner Glieder und Muskel an ihnen) und sie können selbst als einziges Krankheitssymptom bestehen; aber während sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle entweder nur Theilerscheinungen eines grösseren Symptomencomplexes sind, mag dieser von anatomischen Störungen abhängen oder nicht (Hysterie), oder aber die permanenten Residuen abgelaufener Processe darstellen, bleiben sie, wenn sie ganz isolirt vorkommen, für die Beurtheilung unverwerthbar. Höchstens können sie in lezteren Fällen als zweifelhafte rudimentäre Anfangszeichen eines in der Entwiklung begriffenen Hirnleidens von Wichtigkeit werden.

2. Hemiplegie.

I. Aetiologie.

Die Hemiplegie, d. h. die auf Theile einer Körperhälfte beschränkte

Schwächung oder Aufhebung der Bewegungsfähigkeit, ist die gewöhnlichste Form motorischer, vom Gehirn abhängiger Lähmung. Wenngleich ihr in der unendlich überwiegenden Mehrzahl der Fälle anatomische Veränderungen und zwar in einer Hirnhälfte zu Grunde liegen (s. pag. 166), so kommt die vom Gehirn abhängige Hemiplegie in seltenen Fällen doch auch bei anatomischer Integrität des Organs oder wenigstens ohne nachweisbare Gewebsstörung vor. Sie kann in solchen Fällen neben andern functionellen Cerebralstörungen bestehen (am häufigsten im Verein mit hysterischen Symptomen), sie kann jedoch auch als einzige Erscheinung oder nur verbunden mit Störungen in dem gelähmten Theile selbst sich zeigen. In lezteren Fällen, welche an sich selten sind und für welche nur bei endlicher Prüfung des anatomischen Verhaltens des Organs die Diagnose der Abwesenheit einer Gewebsstörung sicher steht, sind die Umstände der Entstehung vollkommen dunkel.

Die Hemiplegie, obwohl in den meisten Fällen nur ein Symptom verschiedener anatomischer Anomalieen des Gehirns und ebendarum zum Theil schon in dem allgemeinen Theile besprochen und bei den anatomischen Veränderungen selbst wieder zur Sprache kommend, findet doch hier eine vollkommen zu rechtfertigende Stellung, wenn man den Grundsaz festhält, dass die descriptive Pathologie nur durch Benüzung verschiedener Gesichtspunkte dazu gelangen kann, die Unermesslichkeit des krankhaften Geschehens und Vorkommens in das richtige Licht zu sezen. Die Hemiplegie muss mit demselben Rechte als besondere Erkrankungsform zur Betrachtung kommen, wie die Epilepsie, wie der Hydrops, wie die Caries, wie die Cholera, welche Krankheitsäusserungen sämmtlich von andern mehr oder weniger bekannten Vorgängen und Zuständen im Organismus abhängen können. Dass die Hemiplegie ausser in der allgemeinen Betrachtung auch noch in der speciellen eine Stelle findet, ist schon darin begründet, dass mit dem Phänomen der motorischen Anomalie andere Erscheinungen mit einer gewissen Beständigkeit vergesellschaftet und an jenes geknüpft sind.

II. Pathologie.

A. Die Hemiplegie tritt je nach der Art der ihr zu Grunde liegenden Störung bald allmälig, bald plözlich ein. (S. oben.) Wie aber der Eintritt auch sein mag, so stellt sie sich in ziemlich gleicher Weise dar, nur mit dem Unterschied, dass die allmälig eintretende Hemiplegie häufiger auch einen allmäligen Fortschritt zeigt, welcher bei der plözlich eingetretenen wenigstens seltener ist.

B. Alle willkürlichen Muskel des Körpers können von Hemiplegie befallen werden, doch ist die Häufigkeit der hemiplegischen Lähmung in den verschiedenen Muskeln eine höchst differente, und fast niemals sind die sämmtlichen Muskel einer Körperhälfte betheiligt und in keinem Falle zeigen sie eine gleichmässige Betheiligung. Am häufigsten afficirt sind die Extensoren der Hand und die Supinatoren, in etwas geringerem Grade die übrigen Muskel, welche den Vorderarm, die Hand und die Finger bewegen, unter ihnen am wenigsten die Daumenmuskel; in noch geringerem Grade zeigt sich die Affection an den Schultermuskeln und fehlt dort selbst in Fällen, wo der Vorderarm und die Hand hohe Grade von Lähmung zeigen. Nächst der oberen Extremität sind bei der Hemiplegie am häufigsten Lähmungen an den Gesichtsmuskeln vorhanden, jedoch vornehmlich nur in dem Muskelbereich des Facialis, wobei aber am wenigsten Einfluss auf die Bewegungsfähigkeit des Orbicularis palpebrarum bemerkt

wird. Die Kaumuskel sind nur sehr selten einseitig gelähmt. Um so häufiger findet sich eine Abweichung der Zunge bei der Hemiplegie, welche fast bei keinem Falle fehlt, in welchem die Lähmungen über mehrere Partieen der einen Körperhälfte verbreitet sind. Die Hals- und Nakenmuskel, sowie die Rumpfmuskel erscheinen nur äusserst selten bei Hemiplegie beeinträchtigt. Ebenso sind die Muskel, welche den Oberschenkel bewegen, mit Ausnahme der Flexoren des Femur, welche eher eine Schwächung zeigen können, selten beeinträchtigt, es sei denn, dass die untere Extremität in einem Zustand vollständiger oder annähernd vollständiger Paralyse sich befindet. Häufig zeigen dagegen die Vasti und der Rectus femoris eine Schwächung und Paralyse, und noch mehr ist diess bei den Muskeln des Unterschenkels der Fall, unter denen am meisten die Peronaei gelähmt zu sein pflegen.

Die Verminderung der Functionsfähigkeit in diesen Muskeln kann jeden Grad von der leichtesten Abnahme der Kraft und Ausdauer der Contractionen bis zum völligen Erlöschen jeder Contractionsfähigkeit zeigen, doch ist dieser äusserste Grad bei der Hemiplegie ziemlich selten und auch ein annähernd hoher Grad von Lähmung meist nur auf einzelne Muskel und Muskelgruppen beschränkt. In den gewöhnlichen Fällen erhält sich die Paralyse auf mittleren Stufen, und im Allgemeinen zeigt der Hemiplegische weit mehr Muskel, welche mässig geschwächt in ihrer Functionsfähigkeit sind, als solche, welche diese in erheblichem Grade eingebüsst haben.

Die unmittelbaren Folgen der Muskelschwächung bei der Hemiplegie sind zum Theil schon in der Ruhe erkennbar, zum Theil erst bei versuchten Bewegungen. Im ersteren Falle zeigt sich ein Uebergewicht der nicht geschwächten oder weniger gelähmten Muskel über ihre mehr paralysirten Antagonisten und dadurch eine andersartige Stellung des Gesichts, der Extremitäten und ihrer einzelnen Theile, eine andere Lage und Haltung des ganzen Körpers, als sie der Gesunde in der Ruhe anzunehmen pflegt. Diese Veränderungen in der Ruhe hängen theils von der Intensität der Lähmung, theils von deren Dauer ab, indem bei gleichmässigem Grade der Lähmung die Verziehung und Stellungsveränderung um so mehr hervortritt, je älter die Lähmung ist. — Auffallender werden die Folgen auch schon bei geringen Graden von Hemiplegie bei jedem Versuch oder jeder Ausführung einer Bewegung in den beeinträchtigten Theilen. Zwar können bei mässiger Stufe und mässiger Ausbreitung der Lähmung alle groben Bewegungen grösserer Körpertheile, also des Gesichts, der Zunge, der Extremitäten ausgeführt werden, weil neben den gelähmten Fasern und Muskeln stets noch eine grössere Anzahl nicht oder wenig beeinträchtigter besteht, durch deren Zusammenwirken die Bewegung im Allgemeinen, wenn auch nothdürftig, zustandekommt. Aber derartige Bewegungen lassen bei genauerer Aufmerksamkeit alsbald die partielle Unthätigkeit oder geringere Leistung einzelner Muskel und das Ueberwiegen der Antagonisten erkennen und sind überdem stets unbehilflicher, plumper und ermangeln der Sicherheit und Exactheit, welche der Bewegung gesunder Theile eigen ist. Nähert sich dagegen die Schwächung mehr einer vollständigen Lähmung, und noch mehr, sind dabei zahlreiche Muskel einer Körperpartie (z. B. einer Extremität) betheiligt, so kann die Bewegung eines Theils sehr eingeschränkt oder auch ganz aufgehoben sein. Doch bemerkt man selbst in solchen Fällen, dass mitten in einem unbeweglichen Theile (z. B. an einer Extremität, deren Muskel vollkommen dem Willen entzogen scheinen) einzelne Muskelbündel noch eine mehr oder weniger deutliche willkürliche Contraction zulassen. — Sowohl auf das Verhalten in der Ruhe, als und noch mehr auf das bei versuchten Bewegungen haben bei der Hemiplegie die transitorischen Zustände und Aufregungen des Gehirns den allergrössten Einfluss: jede leichte psychische Aufregung, die Gegenwart eines Fremden, eine mässige Occupation des Geistes, ein leichter Aerger, der Genuss von wenig Wein, eine Magenüberfüllung oder Nahrungsentbehrung thut alsbald der Bewegungsfähigkeit den äussersten Eintrag und hemmt Bewegungen vollständig, die

bei geistiger Gelassenheit mit Leichtigkeit ausgeführt werden. In noch höherem Grade tritt ein ungünstiger Einfluss auf die geschwächten Muskel ein, wenn irgend eine auch noch so geringfügige weitere Störung in dem Organe sich entwikelt.

Dauert der hemiplegische Zustand eine geraume Zeit hindurch fort, so gelangen mehr und mehr einzelne Muskel, besonders die Flexoren, zum Uebergewicht und werden bei der Unthätigkeit ihrer Antagonisten in eine dauernde Contractur und bleibende Verkürzung versezt.

Dadurch werden nicht nur die gelähmten und erschlafften, sondern auch die contrahirten Muskel mehr und mehr unfähig, zu ihren Functionen zurükzukehren, selbst wenn die ursächliche Störung im Gehirn beseitigt wird. Allmälig nehmen die einen wie die andern an Volum ab, sie atrophiren und verfetten oft. In den betreffenden Nervenstämmen und den entsprechenden Stellen des Rükenmarks tritt gleichfalls ein Atrophieprocess ein und so wird die Lähmung durch sich selbst immer dauernder. Auch können in dem Knochengerüst durch diese dauernde Störung der Muskelthätigkeit allmälig Veränderungen sich herstellen und die Gelenke verkrüppeln.

Fast in allen Fällen von Hemiplegie zeigen die den gelähmten Muskeln entsprechenden Hautstellen eine geringere Empfindlichkeit für Tast- und Wärmeeindrüke, selbst dann, wenn sie von andern Nervenstämmen, als die Muskel versorgt werden.

Diese Abstumpfung der Empfindung steht in einer, jedoch nicht ganz genauen Proportion zu dem Grade der motorischen Lähmung und nimmt mit dieser an Intensität ab und zu; selten findet sich jedoch eine vollkommene Anästhesie der Haut, wenn auch in manchen Fällen die Empfindungsfähigkeit auf ein Minimum beschränkt und äusserst stumpf ist.

Unwillkürliche Bewegungen, sowie Schmerzen sind nur ausnahmsweise und meist nur in complicirten Fällen in den hemiplegisch afficirten Theilen wahrzunehmen.

Wenn diese zuweilen nach Ueberanstrengungen, ungeschikter Lage oder bei Zunahme der Lähmung oder unter andern Umständen beobachtet werden, so lassen sie stets mit grösster Wahrscheinlichkeit erwarten, dass irgend eine neue Störung, wenn auch vielleicht transitorischer und sehr flüchtiger Art, in dem Centralorgane oder auch im Nervenverlaufe zu derjenigen hinzugetreten ist, welche die Hemiplegie veranlasst hatte.

Der hemiplegisch gelähmte Theil zeigt häufig eine etwas geringere Temperatur, magert oft ab oder erscheint gedunsen und zeigt, sofern die Muskel nicht im Zustand der Contractur sich befinden, eine grössere Welkheit der Gewebe. Oft infiltrirt sich das subcutane Zellgewebe und es entsteht ein locales Oedem. Die Epidermis ist meist etwas verdikt, troken, schilfert sich oft anhaltend ab. Leicht entstehen Stokungen des Bluts in der Cutis, Hyperämieen und Extravasate; Excoriationen, Vesicatorstellen und Wunden heilen schwierig und es entwikeln sich gern hartnäkige Geschwüre und selbst Brand aus anfänglich belanglos scheinenden Insulten und Läsionen.

Diese Verhältnisse hängen wohl grösstentheils einerseits von dem Mangel an Bewegung des Theils, andererseits von zahlreich sich wiederholenden kleinen und der Empfindungsstumpfheit der Haut wegen unbemerkt bleibenden ungünstigen Einflüssen, wie Druk, Stoss und andern Verlezungen ab.

C. Der Verlauf der Hemiplegie ist bis zu einem gewissen Grade abhängig von den ihr zu Grunde liegenden Störungen, doch so, dass nur in nicht zu alten Fällen die Beseitigung der Grundstörung auch von Hebung

der Hemiplegie gefolgt ist. Wenn die Hemiplegieen nicht bald sich zu mindern anfangen, so tritt bei ihnen eine überwiegende Neigung ein, stationär zu bleiben.

Die Besserung der hemiplegischen Lähmung geschieht zuweilen ziemlich rasch, indem Tag für Tag eine Zunahme der Functionsfähigkeit sich bemerken lässt, in der Mehrzahl der Fälle jedoch langsam. Die rasche wie die allmälige Besserung ist stets noch von kleinen Rükgängen unterbrochen, und vornehmlich haben alle ungewöhnlichen psychischen Zustände und alle unerwarteten Eindrüke die Folge, auch bei vorgeschrittener Besserung die willkürliche Bewegung aufs Neue für den Augenblik zu suspendiren. Die Besserung erfolgt auf zweierlei gemeiniglich verbundene Weisen: einerseits in der Art, dass über die geschwächten und gelähmten Muskelprovinzen der Willenseinfluss immer mehr Herrschaft gewinnt, andererseits so, dass mitten in einer dem Willen noch entzogenen Muskelprovinz da und dort einzelne Muskel oder selbst nur Bündel von solchen gleichsam insularisch der willkürlichen Bewegung zugänglich werden und dass die Wiedergewinnung der Muskelbewegung nicht in topischer Reihenfolge, sondern bald da bald dort sich ausdehnt. Selbst in anscheinend sehr vollkommen geheilten Hemiplegieen findet man bei genauerer Nachforschung gewöhnlich einzelne Muskel, die gar nicht oder doch in sehr geringem Maasse zur Thätigkeit zurükgekehrt sind und deren Ausfall bei den Bewegungen nun durch andere supplirt wird. — Wo sich die Hemiplegie verschlimmert, pflegt diess vorzugsweise nur in den ursprünglich befallenen Muskelpartieen zu geschehen, indem diese immer unfähiger für die willkürliche Bewegung werden; eine Ausbreitung der Lähmung auf andere Theile lässt fast immer eine neue Ursache, neue Gewebsstörungen erwarten.

III. Bei der Therapie der Hemiplegieen ist neben der Rüksichtnahme auf die zu Grund liegende Störung solange exspectativ zu verfahren, als eine Besserung in dem hemiplegischen Zustand bemerkt wird, oder als das Eintreten oder Fortschreiten der Besserung nicht über mehrere Wochen lang zögert. Bei dieser exspectativen Behandlung genügt es, mässige Bewegungen mit den geschwächten und in Besserung begriffenen Theilen, soweit sie ohne Ermüdung und Anstrengung des Kranken möglich sind, vornehmen zu lassen. — Sobald aber die Besserung entschieden zögert oder sistirt wird, ist mit der Anwendung der symptomatischen Mittel nicht zu säumen, bei deren Auswahl jedoch die besonderen Zustände im Gehirn stets beachtet werden müssen.

S. über die einzelnen Mittel der symptomatischen Behandlung pag. 207. Unter ihnen ist bei inveterirten Hemiplegieen besonders die methodische Anwendung der Electricität oft noch von einem unerwarteten Erfolg.

3. Allgemeine motorische Lähmung.

Vom Gehirn abhängige allgemeine motorische Lähmungen erscheinen entweder als doppelte, jedoch fast immer ungleich intensive Hemiplegieen; oder sie sind von einem verbreiteten krankhaften Zustand des Gehirns abhängig und in diesem Fall mit schweren psychischen und sensoriellen Störungen vergesellschaftet, so dass ihre Betrachtung zwekmässiger in die der allgemeinen Cerebralparalyse verflochten wird.

D. ERKRANKUNGEN MIT PSYCHISCHEN, MOTORISCHEN UND SENSORIELLEN STÖRUNGEN.

1. Hysterie.

Die Hysterie ist schon in der frühesten Zeit der Medicin bekannt gewesen und findet sich wenigstens in den pseudohippocratischen Schriften beschrieben. Gewöhn-

lich fasste man unter Hysterie die bei Weibern vorkommenden Nervenzufälle zusammen, während die des männlichen Geschlechts zur Hypochondrie gerechnet wurden; auch hat man in den ältesten Zeiten die Ursache der ersteren in den Uterus verlegt, den man sich als ein wanderndes Organ dachte, welches sehr rasch von einer Stelle zur andern überspringen und den ganzen Körper durchirren könne (Plato, Aretaeus). Zwar wurde diese Ansicht von Galen zurükgewiesen, der dafür die Hypothese aufstellte, dass die Hysterie aus der Zurükhaltung des Samens entstehe, auch wohl, jedoch in geringerem Grade, aus der Retention der Menstruation. Diese aus Sperma und Menstrualblut sich entwikelnden Vapores wurden daher als Ursache der hysterischen Symptome angesehen (Fernel), doch auch von Andern beide Theorieen noch vermischt, wie denn noch Sennert die in die Magengrube heraufgestiegene Gebärmutter bei einer Hysterischen selber gefühlt haben will. Die Erörterungen über Hysterie während des 17ten Jahrhunderts und im Anfange des 18ten befassen sich nur mit ziemlich inhaltlosen Streitigkeiten, doch hat Lepois (Selectiorum observationum et consiliorum de praeteritis hactenus morbis 1618) die hysterischen Zufälle mit Bestimmtheit als Cerebralaffection bezeichnet, eine Ansicht, welche mit noch grösserer Bestimmtheit von Willis (Pathologia cerebri 1667) vertheidigt wurde. Fr. Hoffmann's eminent descriptives und ordnendes Talent hat auch in Betreff der Hysterie (de affectu spasmodico convulsivo ex uteri vitio, s. malo hysterico 1761) für die ganze folgende Zeit den Grundriss des factischen Materials und seiner Auffassung geliefert. Unter seinen Zeitgenossen und nächsten Nachfolgern, welche sich mit der Hysterie beschäftigten, sind vornehmlich zu erwähnen: Astruc (Traité des maladies des femmes 1761), Tissot (Traité des maladies nerveuses), Wilson (Medical researches on the nature and origine of hysteries 1776), Leidenfrost (de differentia passionis hystericae a morbis convulsivis reliquis 1780). Von da an trat eine längere Pause ein, in welcher wenig Erhebliches über die Krankheit publicirt wurde. Die erste namhafte Schrift ist die von Louyer Villermay (Traité des maladies nerveuses, des vapeurs 1816 und in dem Artikel Hystérie im Dict. des Scienc. méd. XXIII. 216). Bald darauf folgte Georget, der aufs Neue die Krankheit in das Hirn localisirte (Rech. sur les maladies nerv. 1821, sowie Artikel Hysterie im Dict. de médecine XVI. 160); sodann Tate (Treatise on hysteria 1830), Brachet (Rech. sur la nature et le siège de l'hyst. et de l'hypochondrie 1832) und Dubois d'Amiens (Hist. philosophique de l'hyst. et de l'hypoch. 1833). — Auch in neuester Zeit hat man, und zwar in der Richtung einer genau analysirenden Beobachtung, die Hysterie vielfach behandelt, namentlich Beau (Arch. gén. B. XI. 328), Laycock (A treatise on the nervous diseases of woman 1840), Girard (Considerat. physiol. et pathol. sur les affections nerveuses, dites hystériques 1841), Hocken (On the pathology of hysteria 1842), Todd (Lectures on hysteria. Lancet 1843), Landouzy (Traité de l'hystérie 1846), Forget (Nouvelles recherches de l'hysterie 1846), Brachet (Traité de l'hystérie 1847). Vornehmlich aber ist man durch Gendrin (Arch. gén. D. XII. 112) auf die nähere Untersuchung der anästhetischen Erscheinungen der Hysterie aufmerksam geworden und es sind in dieser Beziehung besonders von Interesse: Cruveilhier (1847 L'union méd. Nro. 28), Beau (Arch. gén. D. XVI. 5), Türck (Zeitschr. d. Wiener Aerzte 1850, Nov. u. Dec.), Szokalsky (Prager Vierteljahrschr. XXXII. 130). Ueberdem ist von Valentiner eine kurze Monographie über den Gegenstand (die Hysterie und ihre Heilung 1852) erschienen.

I. Aetiologie.

Die Hysterie findet sich in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei geschlechtlich schon entwikelten weiblichen Individuen von der Pubertätsentwiklung an bis zum vollendeten Eintritt der Decrepidität. Sie entsteht unter dem Einfluss einer erblichen Anlage, kommt bei jeder Constitution, jedoch eher bei kräftigem und übervollem, als bei schmächtigem Bau, am häufigsten bei geringer Thätigkeit mit guter Nahrung, bei üppiger oder sizender Lebensweise, doch auch bei grösseren Anstrengungen, zumal ungewohnten vor. Sie zeigt sich in Folge verschiedenartiger Verirrungen der Geistesrichtung und sittlicher Entartung, doch auch bei im Uebrigen wohlgeordneter Gehirnfunction. Sie entsteht ganz vorzugsweise häufig bei Missverhältnissen oder ungewöhnlichen, wenn auch an

sich nicht krankhaften Situationen in der Geschlechtssphäre, bei Onanie, unbefriedigtem Geschlechtstriebe oder zu häufiger Befriedigung desselben, bei Unfruchtbarkeit oder aber gerade durch Conception, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, zumal bei rasch sich folgenden Geburten. Auch die einzelne Menstruation kann von hysterischen Zufällen begleitet sein.

Der Grund, dass die hysterischen Erscheinungen vorzugsweise beim weiblichen Geschlecht vorkommen, liegt wohl einerseits darin, dass die Sexualorgane des Weibes mit ihren so häufigen Störungen einen empfindlichen Ausgangspunkt der Krankheit darstellen, wie ein solcher im männlichen Körper fehlt, indem die männlichen Genitalien weder in Häufigkeit der Erkrankung, noch im Einfluss auf die Gesammtconstitution auch nur entfernt mit den weiblichen zu vergleichen sind. Andrerseits liegt die Ursache des Ueberwiegens der Hysterie beim weiblichen Geschlecht in der Eigenthümlichkeit der Gehirn- und Nervendispositionen, die sich nur ausnahmsweise beim Mann in ähnlicher Weise findet.

In nicht ganz seltenen Fällen kommen zwar auch Symptome von der Art der Hysterie bei Männern vor, doch sind diese selten so vollständig ausgebildet, so anhaltend und so heftig, als sich die Krankheit bei Weibern zu zeigen pflegt. Die Männer, welche von Hysterie befallen werden, sind theils schwächliche und mehr dem weiblichen Typus sich nähernde Individuen, theils solche, welche eine mehr der weiblichen Beschäftigung sich anschliessende Arbeit zu verrichten haben (Schneider), theils endlich sind es haltlose und characterschwache Männer hysterischer Frauen. Auch beim männlichen Geschlecht scheinen Unregelmässigkeiten in der Genitalienfunctionirung (Onanie, Abstinenz oder Excesse bis zur Entkräftung und Uebersättigung), aber auch viele andere Einflüsse, welche beim weiblichen Geschlecht zur Wirkung kommen, zur Entstehung der Krankheit beizutragen. — Auch bei Kindern kommen hysterische Zufälle nicht ganz selten vor; meist sind es frühreife, oder wenigstens nach einzelnen geistigen Richtungen vorzeitig entwikelte Kinder, oder aber solche, welche fortwährend den Anblik hysterischer Erwachsener vor sich haben. — Die Hysterie pflegt bis zu der lezten Zeit geschlechtlicher Functionirung fortzudauern und nicht selten sogar noch über sie hinauszugehen; ja es ist ziemlich häufig, dass gerade beim Anfang der climacterischen Jahre die hysterische Stimmung sich entwikelt oder zu heftigeren Symptomen ausbricht. Nach vollendeter Sexualinvolution hören dagegen in den meisten Fällen die hysterischen Symptome auf und nur bei den höchsten Graden der Krankheit kommen Andeutungen oder stärkere Symptome auch noch im Greisenalter vor. — Die Erblichkeit der Hysterie ist unzweifelhaft; doch lässt sich in vielen Fällen nicht bestimmen, wieweit das Erkranken der Töchter an den Beschwerden der Mutter die Folge einer wirklichen hereditären Anlage oder nicht bloss einer verkehrten Erziehung und des schlechten Beispiels ist. — Unter den Constitutionen ist keine von Hysterie befreit; allein wenn man von den krankhaften Constitutionen und der bei denselben eintretenden secundären Hysterie absieht, so trifft man die meisten und exquisitesten Fälle bei voll und üppig gebauten, fetten Individuen.

Die Art der Beschäftigung ist von entschiedenem Einflusse auf die Begründung der Anlage und auf den Ausbruch der Krankheit bei vorhandener Anlage. Der Müssiggang, das Vermeiden jeder körperlichen Anstrengung, wie jeder ernsten geistigen Thätigkeit lässt sich bei vielen Hysterischen nachweisen und die Besserung der Zufälle bei sonst gesunden Hysterischen nach Aenderung der Lebensweise zeigt deutlich, dass in der That in jenem Verhalten ein Causalmoment liege. Aber auch die sizende Arbeit, wie bei Nähterinnen, begünstigt den Ausbruch der Hysterie, dessgleichen der Mangel einer festen Lebensordnung. Dabei bemerkt man häufig, dass gerade der Uebergang von einem angestrengteren Leben in ein bequemes, von Entbehrung zu Genüssen die Hysterie zum Ausbruch bringt. Andererseits sind aber auch Anstrengungen, die über die Kräfte gehen, nicht selten als Ursache der Hysterie, zumal ihrer schwereren Paroxysmen, anzusehen.

Die Art der Geistesrichtung, wie sie durch ursprüngliche Anlage, durch Erziehung, Angewöhnung und Lebensschiksale sich gestaltet, ist von dem entschiedensten Einfluss auf die Entstehung der Hysterie; zumal liefert der Mangel an Selbstbeherrschung, die Haltlosigkeit und die Verflachung durch eitle und nichtige geistige Beschäftigung, wie aber andererseits die erfolglose Vertiefung in eine Geistesthätigkeit, welcher das Individuum nicht gewachsen ist und welche darum dasselbe um so mehr absorbirt und in die exclusivste Einseitigkeit versezt, die Disposition zu hysterischer Verirrung. Aber auch heftige Bewegungen und Kränkungen des Gemüths, wenn das Individuum sie nicht zu überwinden vermag, geben der Hysterie



Nahrung: dabei sind die Extreme der Gemüthsverfassung, Sentimentalität wie egoistische Herzlosigkeit, gleichmässig empfänglich für Hysterie. Es mischen sich endlich hysterische Symptome sehr häufig mit oder ohne Zeichen anderer psychischer Erkrankung der sittlichen Entartung und Verworfenheit bei. — Doch ist kein Zweifel, dass unter Umständen auch bei wohlgearteter Gemüthsverfassung und bei rein erhaltener Sittlichkeit hysterische Zufälle häufig genug vorkommen.

Die Erfahrungen über abnorme und dabei doch nicht krankhafte Verhältnisse in der Geschlechtssphäre sind beim weiblichen Geschlecht so schwierig festzustellen, dass der Grad der Ausdehnung dieser Ursachen nicht zu bestimmen ist; aber oft genug kommen Fälle vor, wo die Hysterie aufs Allerentschiedenste von Onanie, von heftigem Geschlechtstrieb ohne Befriedigung vorkommt; sie ist die gewöhnliche Folge von Unfruchtbarkeit verheiratheter Frauen, die gewöhnliche Aussicht überreifer Jungfrauen; man will sie als Regel beobachtet haben bei Frauen impotenter Männer, andererseits aber ist sie nicht nur häufig die Folge rasch sich wiederholender Geburten, sondern entwikelt sich auch oft genug bei einer sonst ganz normal verlaufenden Schwangerschafts- und Wochenbettperiode.

Die Hysterie ist bald eine primäre Krankheitsform, bald eine secundäre und kann in lezterer Beziehung unter den angegebenen disponirenden Einflüssen bei jeder Art von Erkrankung und in der Reconvalescenz jeder Krankheit eintreten und die sonstigen Störungen in jedem beliebigen Grade compliciren und verunreinen. Einzelne Krankheitsformen sind jedoch besonders häufig von Hysterie gefolgt und rufen sie, selbst bei sonst wenig disponirten weiblichen Individuen, mit grosser Sicherheit hervor. Es sind diess:

die anämischen Zustände: sowohl die gewöhnliche Chlorose, als die durch Blutverluste und reichliche Secretionen oder Exsudationen herbeigeführte oder durch Intoxicationen hervorgerufene Anämie;

alle schmerzhaften Krankheiten;

die verschiedenen Erkrankungsformen des Gehirns und des Rükenmarks, welche sich bei Weibern in fast allen Fällen mit mehr oder weniger hysterischen Symptomen compliciren;

ganz vorzüglich aber alle Arten von krankhaften Störungen in den Genitalien, zumal in den tiefer gelegenen Theilen derselben (Ovarien, Trompeten und Uterus).

Wenn sich auch in sehr vielen Fällen die Hysterie ohne irgend eine andere Störung im Körper entwikeln und bis zu hohen Graden ausbilden kann, so ist doch niemals zu vergessen, dass hinter den stürmischen und lästigen Symptomen dieser Krankheit sehr oft andere, mehr oder weniger latente, allgemeine oder örtliche Erkrankungen verborgen sein können und jene häufig veranlassen und unterhalten, so dass keine Hoffnung auf eine gründliche Beseitigung der hysterischen Zufälle ist, wenn nicht die zu Grunde liegende Störung getilgt oder doch ermässigt wird. — Aber nicht nur im Verlaufe anderer Krankheiten entsteht bald mit, bald ohne fördernde Disposition und weitere Einflüsse oft Hysterie, und hysterische Symptome sind bei allen schweren oder protrahirten Krankheiten während der Geschlechtsperiode der Weiber eine sehr gemeine, ja sogar nur selten ausbleibende Beimischung des Phänomenencomplexes und können für die Diagnose, wie für die Therapie oft sehr hinderlich werden. Sondern die Hysterie bricht, zumal mit ihren stärksten Paroxysmen, sehr häufig gerade in der Reconvalescenz von länger dauernden oder aber fieberhaften Krankheiten aus.

Am meisten hat man bei hysterischen Kranken Anomalieen der Blutbildung und locale Krankheiten der weiblichen Genitalien zu erwarten, doch ist es zu weit gegangen, wenn man die hysterischen Erscheinungen überhaupt nur als Nebenphänomene vorhandener Genitalienkrankheiten ausgeben will, wie allerdings schon die Bezeichnung Hysteric ausdrükt. Man darf diesen Namen, wie so viele andere, nicht nach dem wörtlichen Sinne nehmen, sondern nach dem, der im Laufe der Zeit ihm beigelegt wurde, und so bleibt es auch gerechtfertigt, von einer Hysterie der Männer zu sprechen.

Die Entstehung und der Ausbruch der Krankheit im Ganzen oder der Eintritt einzelner Paroxysmen und Exacerbationen derselben wird sehr häufig veranlasst durch Gelegenheitsursachen, welche zwar im Stande sind, auch bei einem nicht disponirten Individuum dieselben Zufälle hervorzurufen, aber ganz vorzugsweise diese Wirkung bei Disponirten haben. Solche Gelegenheitsursachen sind vornehmlich:

heftige Gemüthsbewegungen, Schrek, Anblik anderer Hysterischer, zumal solcher, welche sich in Krämpfen befinden, Kummer, Langeweile;

atmosphärische Einflüsse, schlechte, verunreinigte und erstikende Luft, Veränderung des Aufenthalts und des Climas;

Veränderungen in der Nahrung;

gestrekte Lage, starkes Schnüren, örtliche Schmerzen, Dyspnoe;

bei schon zuvor vorhanden gewesenen heftigen Paroxysmen können die kleinsten und geringfügigsten Einflüsse: eine flüchtige Vorstellung, die Berührung der Haut, eine geringe Erschütterung, ein Geruch, ein unerwartetes Licht, ein Gehörseindruk, überhaupt jede unerwartete Sinnesempfindung, wie andererseits Spannung und Erwartung, kann schliesslich jede Art von Vorgang im Körper, jede Art von Situation einen neuen Anfall hervorrufen.

Die occasionellen und determinirenden Einflüsse sind zuweilen von so mächtiger Wirkung, dass es den Schein haben kann, als bringen sie die ganze Krankheit allein zuwege, vornehmlich wenn geringfügige frühere Symptome der Beachtung entgangen waren. Uebrigens kann es geschehen, dass in einzelnen Fällen diese Verhältnisse, welche sonst nur als Ausschlag gebende Gelegenheitsursachen wirken, selbst bei einem weniger Disponirten die Krankheit ohne Weiteres hervorbringen.

Nichts hat einen so bedeutenden und unzweifelhaften Einfluss auf Hervorrufung hysterischer Zufälle, als der Anblik hysterischer Paroxysmen. In Hospitälern kann man ganz gewöhnlich beobachten, dass, wenn in einem Saale weiblicher Kranker ein Individuum von hysterischen Krämpfen befallen wird, alsbald andere nachfolgen. So hat man in Pensionen und an andern Orten, wo eine Anzahl weiblicher Individuen vereinigt ist, die Hysterie endemisch werden sehen. Ich selbst habe ein ausgezeichnetes Beispiel dieser Art in einem Zuchthause für weibliche Sträflinge beobachtet, in welchem, nachdem eine Reconvalescentin vom Typhus in dem Hofe, in dem sich die Züchtlinge zu versammeln pflegen, von einem hysterischen Paroxysmus befallen wurde, in kurzer Frist mehrere und bald darauf fast die ganze Bevölkerung des Hauses in die heftigsten Zufälle hysterischer Manie, in tobsüchtige Paroxysmen und in alle Formen von Krämpfen verfiel. — Oft genug bemerkt man in der Weise einen Einfluss atmosphärischer Verhältnisse, dass zu gewissen Zeiten hysterische Paroxysmen zahlreicher und die Klagen der Hysterischen reichlicher werden. Die verunreinigte Luft, welche in Räumen entsteht, wo eine grosse Zahl von Menschen vereinigt ist, hat sehr oft bei Einzelnen oder Mehreren der weiblichen Anwesenden hysterische Anfälle zur Folge. Aber auch die Veränderungen des Aufenthalts zeigen sich von nicht unbeträchtlichem Einfluss und es ist eine häufig zu machende Erfahrung, dass Dienstmädchen, welche vom Lande in die Stadt versezt werden, in Hysterie verfallen, wobei allerdings verschiedenartige Umstände mitwirken mögen. — Sehr häufig werden hysterische Anfälle durch starkes Schnüren, sowie durch heftige, namentlich plözlich eintretende Schmerzen, z. B. durch einen Stoss auf den Ulnarnerven hervorgerufen. Ueberhaupt aber sind die erregenden Einflüsse des hysterischen Anfalls so unendlich, dass es unmöglich ist, sie alle aufzuzählen.

II. Pathologie.

Bei der Hysterie sind zu unterscheiden:

einerseits ein mehr oder weniger habitueller, dabei aber zahlreiche Schwankungen zeigender Zustand,

andererseits die in vielen Fällen fehlenden, aber in jedem Moment *drohenden und* jedes Grads von Heftigkeit fähigen Paroxysmen.

Diese beiden Modalitäten des Auftretens liefern eine zahllose Summe von Symptomen und Symptomencomplexen. Und zwar können alle Arten von Störungen des Gehirns, alle sensoriellen, psychischen und motorischen Störungen alle Anomalieen des Schlafes und ebenso die todähnlichen Zustände als Erscheinungen der Hysterie auftreten, theils einzeln, theils in beliebigen Combinationen, bald in solchen, wie sie bei andern Functionsstörungen des Gehirns vorkommen, bald in völlig neuen und besonderen Complexen. Das Eigenthümliche der Hysterie besteht nicht in einem einzelnen Symptom, sie hat keines für sich allein, aber keines, was bei irgend einer Hirnkrankheit vorkommt, ist bei ihr ausgeschlossen. Das Eigenthümliche der Hysterie besteht auch nicht in der Art der Combination der Symptome; denn obwohl einzelne Combinationen und gewisse Häufungen von Symptomen fast nur bei der Hysterie vorkommen, so kann diese Krankheit andererseits auch in allen den Complexen, welche bei den übrigen Functionsstörungen des Gehirns namhaft gemacht worden sind oder auch in ganz isolirten Symptomen sich äussern. Das Eigenthümliche der Hysterie besteht vielmehr in der Wechselhaftigkeit der Zufälle, in dem ganz unmotivirten Umschlagen der Symptome, in der zusammenhanglosen Aneinanderreihung der verschiedenartigsten Zufälle, in der Mannigfaltigkeit der Sprünge und in dem Mangel ebensowohl einer progressiven Entwiklung, als eines stationären Verhaltens.

A. **Der habituelle Zustand** bei der Hysterie besteht in einer troz der Integrität der betreffenden Organe und Gewebe hochgesteigerten Empfindlichkeit des ganzen Körpers oder einzelner seiner Theile, die jedoch oft mit einer überraschenden Toleranz gegen andere Einwirkungen oder auch einzelner Theile des Körpers verbunden ist.

Nicht nur in den körperlichen Zuständen, sondern ebenso in der psychischen Stimmung ist eine ganz überaus grosse Wechselhaftigkeit der Zufälle, theils verschiedener einzelner Symptome unter einander, oder lästiger Beschwerden mit gänzlicher Beschwerdelosigkeit, theils ein Umschlagen der ganzen Stimmung und ein Uebergehen von einem Extrem zum andern, eine Geneigtheit zum fast plözlichen tiefen Daniederliegen und ebenso eine alle Erwartungen übertreffende rasche Erholung zu bemerken. — Die einzelnen Symptome, welche während dieses habituellen Zustandes sich darstellen, sind unzählig, und es genügt, auf irgend ein Organ oder einen Theil die Aufmerksamkeit zu lenken, um sofort fast mit Sicherheit Symptome und Beschwerden daraus hervorzuloken. Im Speciellen sind dieselben Erscheinungen, welche in den Paroxysmen zu der äussersten Heftigkeit gesteigert sind, in mässigeren Graden oder auch in abrupterem Auftreten dem habituellen Zustande eigen. Vornehmlich aber treten während desselben als die gewöhnlichsten Erscheinungen hervor: Unruhe, Angst, Launenhaftigkeit und rascher Wechsel zwischen einer trüben und lustigen Stimmung; gestörter Schlaf oder Unfähigkeit einzuschlafen; Empfindlichkeit der Sinne und Schwindel, zahlreiche Schmerzen und Hyperästhesieen, Gefühl des Zusammenschnürens des Halses, der Brust, dunkle Empfindungen im Unterleib und Schmerzen am Rükgrat, unsichere Bewegungen und Zittern. Damit verbunden ist ferner eine grosse Veränderlichkeit des Pulses, der plözlich eine ausserordentliche Frequenz erreichen kann, grosse Neigung zum Thränenfluss, zuweilen eine mässige Salivation, örtliche Schweisse und bleicher, geringe Mengen fester Bestandtheile enthaltender Urin. — Bei alledem bleibt die Ernährung und die Eigenwärme, wenn der Fall kein complicirter ist, in voller Integrität, und so oft auch gänzlicher Appetitmangel, Frost oder Hize und die Abnahme der Kräfte versichert wird, so ist doch objectiv davon nichts zu bemerken.

Nicht selten mischen sich dem habituell hysterischen Zustande einzelne schwerere Symptome bei, die entweder in allmäliger Ausbildung oder plözlich und ganz unerwartet eintreten, oder aber nach Paroxysmen zurükbleiben. Es sind diess namentlich:

höhere Grade habitueller psychischer Gereiztheit;

eine dauernd melancholische Stimmung, mehr oder weniger fixe Wahnideen und abnorme, der sonstigen Individualität nicht entsprechende Bestrebungsrichtungen, auch unmotivirte negative Bestrebungen (grundloser Hass, Verabscheuen ohne Ursache u. dergl.);

ein der Fatuität und dem Blödsinn naher Zustand;

anhaltende Schmerzen, besonders Migräne, Rükenschmerzen, Schmerzen und Hyperästhesieen in einer Extremität, einem Gelenk, in einer ganzen Körperhälfte, oder in jeder beliebigen Beschränkung und Ausbreitung, Schwindel und fixe Hallucinationen, besonders solche, welche sich auf die Organe der Eingeweide beziehen;

Schwächung wie Reizbarkeit des Gesicht- und Gehörsinns und vollständige Lähmung derselben;

eigenthümliche Idiosyncrasieen, mit einer gewissen, bei andern Individuen nicht vorkommenden Empfindlichkeit gegen einzelne Eindrüke und mit absonderlichen Arten der Reaction;

hartnäkige Agrypnie und Geneigtheit zu somnambulen Zuständen;

habituelle Hyperämieen einzelner Theile, welche bei andern Individuen mit dieser Hartnäkigkeit nicht vorzukommen pflegen: stellenweise Hyperämieen im Gesicht, im Naken, auf der Haut des Thorax, an den Extremitäten, die entweder unveränderlich fortdauern oder bei der geringsten Veranlassung sich einstellen;

anhaltende Aphonie;

hartnäkiger Husten mit grosser Beklemmung auf der Brust, mit Stichen und andern Schmerzen in den Theilen;

anhaltende Palpitationen oder wenigstens Wiederkehr derselben auf die geringste Veranlassung;

clonischer Zwerchfellkrampf, welcher jedoch meist mehr transitorisch ist und daher eher in Form von Paroxysmen auftritt;

fortwährende Intoleranz des Magens mit Schmerzen in demselben, mit habituellem Erbrechen bei nüchternem Zustande oder auf jede Ingestion;

anhaltende, zuweilen höchst lästige Tympanitis, zuweilen mit dem Phänomen eines in weite Entfernung hörbaren, Tage, Monate und selbst Jahre lang fortdauernden, fast ununterbrochenen Gurrens und Kollerns im Leibe, welches bei Entwiklung zu den stärksten Graden die Individuen von allem Verkehr ausschliessen kann;

Schmerzen in den Mammae oder in einer derselben, oft mit einiger Anschwellung darin;

anhaltende Incontinenz des Urins oder Unfähigkeit, den Harn spontan zu entleeren;

habituelle Anomalieen von Secretionen (Polyurie, Schweisse, Salivation) und fortwährende Geneigtheit zu Blutungen, namentlich aus den Genitalien;

anhaltende Anästhesieen einzelner, zuweilen sehr beschränkter Stellen; manchmal ein fortwährendes Bestehen von Anästhesie, aber mit Wechsel der Stelle;

permanentes Zittern, verschiedene locale Krämpfe in den Extremitäten, Contracturen und anhaltende motorische Schwächung oder Paralyse einzelner Theile mit oder ohne Schmerzhaftigkeit derselben, mit oder ohne Anästhesie, am häufigsten in den Beinen, aber auch in allen andern Theilen vorkommend.

Alle diese Erscheinungen der habituellen Hysterie, so schwer und an-

haltend sie auch sein mögen, können ohne irgend eine anatomische Störung im Gehirn oder in irgend einem andern Organe bestehen, namentlich auch ohne gewebliche Störungen in denjenigen Theilen, welche der Siz localer Symptome sind. Sie geben, und zwar auch solche Formen, welche unter allen andern Umständen für unheilbar und unverbesserlich gehalten werden müssten, alle Hoffnung, sich vollständig wieder zu verlieren und verschwinden oft ganz unerwartet und fast plözlich, ohne dass man irgend einen Vorgang im Organismus nachzuweisen vermöchte, von dem die Beseitigung des Phänomens abhängen könnte. Sie zeigen ferner nicht den progressiven Verlauf und das Fortschreiten zu immer schwereren Zufällen und schliesslichem Untergange, wie ein solcher bei denselben Affectionen Nichthysterischer stattzufinden pflegt. Die Folgen, welche ähnliche Erscheinungen bei Nichthysterischen haben würden, treten bei Hysterischen gar nicht oder doch in viel geringerem Grade ein. Ueberhaupt ist weder für das Bestehen, noch für die Zu- oder Abnahme oder das Verschwinden aller dieser Phänomene irgend ein specieller und genügender Grund aufzufinden; sie erscheinen durchaus motivlos und entziehen sich ebenso jeder Berechnung ihres weiteren Verlaufes.

Man erkennt die hysterische Natur dieser Affectionen theils an ihrer Combination, theils und vornehmlich an ihrer Unbeständigkeit, ihren Schwankungen, ihrem raschen Verschwinden und an dem Ausbleiben weiterer Entwiklungen. Die Melancholie der Hysterischen, ihre Schmerzen, ihre Paralysen verschwinden plözlich, ohne dass irgend eine Einwirkung stattgefunden zu haben braucht: die glorreichsten Curen der Geheimmittel, des thierischen Magnetismus und anderer wunderbarer Einflüsse werden darum in diesem Gebiete beobachtet. Die Hysterische mit Wahnideen, selbst mit Blödsinn nimmt nicht den gewöhnlichen Gang der progressiven psychischen Verwirrung: es ändert sich nichts bei ihr oder verschwinden überraschend die anomalen Erscheinungen und Stimmungen. Troz fortwährenden Hustens mit anhaltenden Stichen auf der Brust bildet sich keine Phthisis aus. Ein Jahre langes Erbrechen, bei dem, wie es heisst, alle eingeführten Stoffe alsbald wieder entfernt werden, ist nicht mit Abmagerung verbunden, und die Hysterische, die ihrer Aussage nach Wochen und Monate lang kein Auge geschlossen und in der That an einer hartnäkigen Agrypnie leidet, kann so munter sein, als wäre sie durch einen regelmässigen Schlaf gestärkt. — Doch können die localen Symptome so bedeutend und in so geregeltem Complex sich zeigen, dass man sich oft kaum vor der Ueberzeugung bewahren kann, es bestehe eine entsprechende anatomische Veränderung. Nicht selten schon ist eine Mamma wegen vermeintlichen Brustkrebses exstirpirt worden, während die Drüse sich vollkommen gesund zeigte; die Annahme eines Magengeschwürs bei Hysterischen ist oft durch alle Symptome dieser Störung gerechtfertigt, während sich das Organ in voller Integrität befindet; eine schwere Gelenksentzündung scheint oft zu bestehen, ohne dass die geringste Veränderung der Gewebe bei der anatomischen Untersuchung sich vorfindet; Monate lang ist man genöthigt, aus einer ganz gesunden Blase den Urin mit dem Catheter zu entleeren; Lähmungen einer Körperhälfte bis zu vollkommener Unbeweglichkeit derselben und mit Bestehen einer entsprechenden Verziehung des Antlizes und Ablenkung der Zunge lassen oft an einem Gehirnextravasat nicht zweifeln, während die Section keine Spur davon nachweist. Und so verhält es sich mit allen den angegebenen Symptomen, womit freilich nicht gesagt sein soll, dass nicht bei einer Hysterischen ebensogut wie bei einer Andern eine ächte Melancholie, ein perfecter Blödsinn, ein Krebs der Mamma, ein Ulcus des Magens u. dergl. mehr vorkommen könne. Aber fast immer muss man bei ausgesprochenen Zeichen der Hysterie darauf gefasst sein, troz des mangellosesten Complexes functioneller Störungen die erwartete Gewebsveränderung nicht zu finden und eine vollkommene Integrität der Theile zu treffen, von denen jene Functionsanomalieen abhängen mussten.

Einige Symptome der Hysterischen haben besonders in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Hierunter gehört vornehmlich die Anästhesie, welche theils in continuirlicher Weise und dann meist beschränkt vorkommt, theils aber und besonders nach hysterischen Anfällen zurückbleibt. Alle Theile des Körpers,

von welchen überhaupt Empfindungen wahrgenommen werden, können Siz dieser Anästhesie werden, namentlich die Cutisfläche in der verschiedensten Ausbreitung. Szokalsky fand unter 17 Fällen 5mal Abstumpfung der Empfindlichkeit in der ganzen Haut, ausserdem am häufigsten in der Dorsalfläche der Hände und Füsse und am äussern Knöchel; er fand ausserdem, dass die Empfindlichkeit für mechanische Eindrüke verloren gegangen sein kann, während die für thermische noch fortdauert; ebenso kann neben Unempfindlichkeit der Cutisfläche heftiger Schmerz bestehen; auch an der Zunge, in der Vagina, im Rectum, ferner in den Muskeln. In den höheren Sinnen kommt Unempfindlichkeit vor. Die Anästhesie ist zuweilen mit dem Gefühl des Eingeschlafenseins und Blödseins verbunden, in welchem Falle die Kranke selbst auf die anomal functionirende Stelle aufmerksam macht; in andern Fällen wird dagegen die empfindungslose Stelle nur durch specielle Untersuchungen aufgefunden.

Die hysterischen Paralysen sind gleichfalls ausnehmend gewöhnlich. Sie bestehen zuweilen nur in einer Schwächung der Musculatur, welche zu keiner Anstrengung mehr fähig ist, oder in einer Erschlaffung einzelner Muskel, wie z. B. eine unvollkommene Ptosis der Auglider, wodurch die Bulbi mehr oder weniger bedekt werden, eine häufige habituelle Erscheinung bei Hysterischen ist. Aber auch complete und andauernde Lähmungen werden oft bei Hysterischen beobachtet.

Von Wichtigkeit sind die hysterischen Gelenksaffectionen, die besonders im Hüftgelenk und im Knie sich zeigen, mit einer ausnehmenden Empfindlichkeit des Theils gegen Berührung verbunden sind, dagegen einen tiefen Druk auf das Gelenk selbst oft ertragen. Sie können sehr leicht mit localen Entzündungen verwechselt werden. Vergl. Brodie (on local nervous diseases).

Sehr eigenthümliche Erscheinungen sind die Symptome, welche von einzelnen Muskeln der Eingeweide geliefert werden, wie z. B das hysterische Gähnen, das Schluksen, die Borborygmi. Ein sehr ausgezeichneter Fall von lezteren, den ich selbst mit beobachtete, ist von Cless (Würtemb. med. Correspondenzbl. IX. 241) beschrieben.

Mit diesen Störungen in der Musculatur der Eingeweide hängt wohl auch die bei Hysterischen sehr gewöhnlich vorkommende Auftreibung des Magens und Darmcanals durch Gase zusammen, deren Entstehung bis jezt nicht recht erklärt ist, indem mindestens das angenommene Luftschluken der Hysterischen nicht in allen Fällen der Grund dieses Phänomens sein möchte.

Ueberhaupt aber sind die Erscheinungen, welche die Hysterischen darbieten, so unendlich zahlreich und mannigfaltig, dass es ein vergebliches Unternehmen sein dürfte, dieselben auch nur annähernd erschöpfend nach ihren vielgestaltigen Modificationen in die Beschreibung aufzunehmen.

Der habituelle Zustand der Hysterie ist besonders dann eine schwierige und wichtige Aufgabe der Diagnose, wenn durch denselben andere Krankheiten complicirt und in ihrem Gange und ihren Symptomen modificirt werden. Auch bei Männern, noch viel mehr bei Weibern, findet man zuweilen in dieser Art die unerwartetsten und regellosesten Sprünge und Abwechslungen in dem functionellen Verhalten, und das in Krankheiten, welche sonst einen sehr festen Typus einzuhalten pflegen.

B. Die Paroxysmen der Hysterie treten häufig nach besonderen Gelegenheitsursachen oder in Folge zufälliger, incidenter Erkrankungen ein, sie kommen aber auch ganz spontan oder wenigstens auf jeder Beobachtung sich entziehende Veranlassungen; sie sind bald mildere Formen transitorischer Functionsstörungen, bald aber solche der allerheftigsten Art; sie sind bald nur einzelne Erscheinungen, bald reiche Complexe von solchen; sie sind bald blosse Exacerbationen der Zufälle, welche auch in dem habituellen Zustande der Hysterie sich kundgeben, bald neue Erscheinungen, die ihrer Art nach nur ein vorübergehendes Auftreten haben können.

Die einzelnen Formen der Paroxysmen sind ungemein mannigfaltig:

1) es sind sensitive Erscheinungen: die heftigsten Schmerzen im Kopfe, in den Zähnen, in den Gliedern; das Gefühl der Zusammenschnürung des Halses bis zum Erstiken, der Brust; schneidende und stechende Empfindungen im Unterleib; — Hallucinationen und Illusionen der mannigfaltigsten Art, bald mehr einfache, bald complicirte und in einem gewissen

Zusammenhang stehende: wohin sich der Blik richtet, treten Gesichtserscheinungen und illusorische Veränderungen der Gegenstände ein; — endlich Anästhesieen von mehr oder weniger grosser Ausbreitung, welche vornehmlich andere Erscheinungen, die maniacalischen und spasmodischen, begleiten;

2) psychische Erscheinungen in der Form der Sinnesekstase, der Verrüktheit, des Wahnsinns und der Tobsucht mit den mannigfaltigsten Modificationen und unterstüzt durch die hallucinatorischen Empfindungen. Meist herrscht bei diesen maniacalischen Paroxysmen eine bestimmte Vorstellungsmasse vor, die sehr häufig geschlechtliche, ebenso häufig religiöse Beziehungen hat und oft als Wahn einer Verwandlung des Leibes oder der Seele oder der Besiznahme durch eine fremde Persönlichkeit (Besessensein) sich darstellt. Auf diese Anfälle hat die Phantasie meist einen merklichen Einfluss und es genügt das zufällige oder auch absichtliche Eintreten einer Vorstellung, um den Anfall in aller Heftigkeit zum Ausbruch zu bringen. Auch ist inmitten des Anfalls oft eine gewisse Eitelkeit und Koketterie nicht zu verkennen, und die Kranke, die im Ganzen ihr Treiben und Toben nicht bemeistern kann, vermag doch, es den Umständen nach zu modificiren, treibt es gewöhnlich in Gegenwart von Andern am tollsten und wird sich selbst überlassen ruhiger. Diese Ausbrüche der Manie sind sehr häufig mit dem ungebärdigsten Benehmen, mit Toben, Schreien, Declamiren, Fluchen, Singen, Brüllen, Umsichschlagen, Beissen, Andiewandrennen, mit Ausreissen der Haare und dem heftigsten Pochen und Schlagen auf den eigenen Körper verbunden. — In andern Fällen ist die äusserste Willenlosigkeit, Apathie, Verstummung und die Form des melancholischen Stupors zu bemerken. Auch bei diesen stilleren Formen ist ein gewisser Einfluss des Willens auf Steigerung und Gestaltung der Symptome nicht ganz ausgeschlossen, auch bei ihnen bemerkt man ein auffälligeres Hervortreten der Symptome, sobald die Kranke sich beachtet glaubt.

3) Ebenso mannigfaltig und zahlreich sind die hysterischen Paroxysmen in Form motorischer Störungen. Am gewöhnlichsten sind Krämpfe aller Arten. Sie sind entweder allgemein und treten dabei in der Form der Epilepsie, des Tetanus, Opisthotonus, der Hydrophobie, der Chorea, der Catalepsie, überhaupt aber gern in der Form ausgezeichneter und ausdrukvoller gesticulatorischer Krämpfe auf, zeigen dabei bald die unüberwindbarste Starrheit, bald die heftigsten Erschütterungen und Schüttelkrämpfe, bald sind die gewaltsamsten Extensionen oder Flexionen am Rumpf und an den Gliedern vorhanden, bald die fürchterlichsten Rotationen und unermüdlichsten Schaukelkrämpfe. Die Paroxysmen halten dabei zuweilen nur einen dieser Typen ein, häufiger aber wechseln die verschiedensten Formen unter einander ab. Damit verbunden ist häufig ein mehr als Resultat abnormer Vorstellungen und Delirien anzusehendes heftiges Hin- und Herwälzen, sind rasende Sprünge und tobende Gewaltausbrüche. Oder die Krämpfe sind mehr local: Schütteln des Kopfs, Lachkrampf, Weinkrampf, Verzerrung des Gesichts, Schnalzen mit den Lippen und mit der Zunge, Glottiskrämpfe, Schluchzen oder die heftigsten

Zwerchfellcontractionen, krampfhafte Bewegungen der Bauchmuskel und der Lendenmuskel, Blasenkrämpfe, Contracturen einzelner Glieder, — alles diess ebenfalls bald mit Vorherrschen einer Form, bald im buntesten Wechsel. Reflexbewegungen treten in den mannigfaltigsten Formen und Combinationen ein und geringfügige Einwirkungen auf sensible Theile, besonders auf Auge, Ohr und Haut sind im Stande, einen Sturm von Convulsionen hervorzurufen, während dieselben Einwirkungen ein anderes Mal ganz erfolglos oder sogar von beruhigendem Einfluss sind. Auch vorübergehende Lähmungen, bald verbreitet, bald mehr örtlich wechseln mit den Krämpfen ab, und der ganze Complex und die Succession der motorischen Störungen zeigt überhaupt bei den hysterischen Paroxysmen die bunteste Combination und den mannigfaltigsten Wechsel jeder Art von Anomalieen, deren die motorischen Apparate überhaupt fähig sind.

4) Weiter zeigen sich die hysterischen Paroxysmen in Form hypnoider Zustände, als anhaltende Lethargie, oder es ist im Gegentheil neben andern Aeusserungen eine vollständige Agrypnie vorhanden, oder es entstehen abnorme Formen des Schlafs: Traumwandeln und sogenannter magnetischer Schlaf, oder endlich es treten Unmachten, bald häufig sich wiederholende, bald anhaltende ein und selbst ein längerer, mehrere Tage lang fortdauernder Scheintod mit äusserster Reduction aller Aeusserungen der Lebensfunctionen kommt bei Hysterischen nicht ganz selten vor.

5) Daneben ist in vielen Fällen dieser Paroxysmen der Puls nicht alterirt, andere Male ist ein überaus frequenter Puls und sind die heftigsten Palpitationen vorhanden. Bei allen Krampfformen, zumal den Zwerchfellkrämpfen, treibt sich der Bauch meteoristisch auf und es kann diese Tympanitis mehrmals in einem Tage verschwinden und wiederkommen. Das Nahrungsbedürfniss ist in solchen Anfällen auf das Minimum beschränkt, auch der Durst gewöhnlich gering, die Harnsecretion oft reichlich, aber blass und wässerig, der Schweiss fehlt, die Thränensecretion ist gewöhnlich sehr abundant. — Auch die Eigenwärme des Körpers scheint bei Hysterischen grosser Schwankungen und enormer Sprünge fähig zu sein, zumal bei Complication localer fieberhafter Affectionen mit hysterischer Färbung oder gar mit hysterischen Paroxysmen finden sich sehr hohe Temperaturen und ebenso schnelle Rükgänge der Eigenwärme auf den Normalgrad oder unter denselben, während bei reinen hysterischen Anfällen die Temperatur des Körpers nur wenig über die Norm sich erhebt.

Die hysterischen Anfälle können plözlich und unerwartet enden, oft durch Vermittlung eines Schlafes, der nicht selten von einer Unmacht eingeleitet ist, oder sie können sich durch allmäliges Schwächerwerden verlieren. Sehr häufig tritt nach dem Paroxysmus heftiges Weinen, grosse Mattigkeit und Anästhesie ein.

Die Paroxysmen der Hysterie können sich durch die Art und Combination der Erscheinungen und durch die Umstände, unter denen sie eintreten, alsbald in der unverkennbarsten Weise als solche verrathen. Aber es können auch andere Krankheitsformen durch dieselben simulirt werden und es bedarf oft einer längeren Beobachtung, ehe eine entscheidende Diagnose möglich wird. Nicht nur die sämmtlichen Arten von Functionsanomalie des Gehirns: die Manie, die Epilepsie, die Hydrophobie, der Tetanus etc. können auf eine vollkommen täuschende Weise durch

hysterische Anfälle hergestellt, nicht nur der Schein anatomischer Veränderungen des Gehirns und Rükenmarks (Meningitis, Apoplexie etc.) kann durch die Symptome des hysterischen Paroxysmus hervorgebracht werden, sondern auch extracephale Krankheiten (Laryngiten, Pleuriten, Pneumonieen, Endocarditen, Gastriten, Coliten, Metriten, Peritoniten etc.) werden nach allen ihren functionellen Symptomen durch die hysterischen Paroxysmen zuweilen aufs Vollkommenste simulirt, und da bei jenen Krankheiten im Anfange die Abwesenheit objectiv-physicalischer Zeichen nicht absolut maassgebend ist, so kann einige Zeit lang die Täuschung fortdauern. — Aber auch in diesen Paroxysmen unterscheidet sich der hysterische Anfall von andern Krankheiten durch den Mangel an Beständigkeit der Symptome und durch den Mangel eines progressiven Fortschreitens. Zufälle der äussersten Heftigkeit verschwinden plözlich und ein ziemlich leidliches Befinden kann an ihre Stelle treten. Erscheinungen von solcher Intensität, wie sie bei jedem andern Kranken in wenigen Tagen den Untergang herbeiführen müssten, können Wochen lang fortdauern, ohne die Kräfte zu consumiren. Auch hat man an dem Wechsel verschiedener Erscheinungen unter einander, an dem bleichen Harn und dem reichlichen Thränenfluss der Hysterischen einen nüzlichen Anhaltspunkt für die Diagnose.

Noch schwieriger wird die diagnostische Orientirung in den Fällen, in welchen der hysterische Paroxysmus mit einer localen Gewebsstörung complicirt ist oder von derselben hervorgerufen wird oder während einer Constitutionserkrankung, zumal einer fieberhaften auftritt. Die Frage, wie viel in solchen Fällen als durch die locale extracephale oder allgemeine Erkrankung gerechtfertigte Unordnung der Functionen anzusehen und wieviel im Gegentheil auf Rechnung der Hysterie zu bringen sei, lässt sich oft eine Zeit lang kaum entscheiden. Nur bei einer genauen Aufmerksamkeit und einem fortgesezten Zusammenhalten der örtlichen anatomischen Veränderungen mit den functionellen Symptomen, bei Berüksichtigung zugleich der oft ganz unmotivirten Verschlimmerungen und Besserungen und zugleich der Eigenthümlichkeit der Allgemeinsymptome (Delirien, Krämpfe, Unmachten u. dergl.) kann man sich einer richtigen Verwerthung der Einzelphänomene nähern. — Bei Complication der Hysterie mit andern, zumal acuten Krankheiten steigert sich nicht nur erstere gerne zu Paroxysmen, die oft eine gewisse Beziehung zu der begleitenden Affection haben, oft aber auch die Aufmerksamkeit von dieser ablenken (epilepsieartige hysterische Anfälle bei Typhus, heftige Delirien bei Pneumonie, maniacalischer Stupor, Sinnesekstase bei Peritonitis etc.); sondern die localen und febrilen Erscheinungen (die Temperatur, die Pulsfrequenz, die Aufregung, die Prostration) zeigen ganz unverhältnissmässige Steigerungen und unmotivirte Sprünge, wodurch jede Berechnung vereitelt und die Beurtheilung höchst erschwert wird.

C. Die Dauer der Hysterie als habitueller Zustand ist unbegrenzt, die der einzelnen Paroxysmen beträgt oft nur wenige Minuten bis mehrere Tage und Wochen. Nach einem Paroxysmus tritt Ruhe, oft mit grosser Erschöpfung, mit vielfachen Schmerzen, besonders in der Wirbelsäule und in den Gliedern, oft auch in allen Theilen ein, zuweilen Hunger und Durst, zuweilen aber auch ein unerwartet leidlicher Zustand. Doch erfolgt nach einem Paroxysmus selten unmittelbar eine Herstellung, vielmehr folgt gewöhnlich der Zustand der habituellen Hysterie mit einzelnen eingeschobenen paroxystischen Andeutungen und selbst mit kürzeren Ausbrüchen nach, und es bedarf oft einer geraumen Zeit, bis eine vollkommene Heilung erfolgt.

Die Ausgänge der Hysterie können sein:

vollkommene Genesung, welche jedoch nur unter günstigen Umständen, bei nicht zu langer Dauer und bei noch kräftigen, weder körperlich noch psychisch entarteten Subjecten zu erwarten ist, nach Paroxysmen eher, als nach der habituellen Hysterie gehofft werden kann und immer die Geneigtheit zu Rükfällen hinterlässt;

der Uebergang in eine mildere, aber immer noch hysterische Stimmung ist in den meisten Fällen das Beste, was gehofft werden kann;

das Zurükbleiben einzelner habitueller Functionsunfähigkeiten: Lähm-

ungen der Glieder, Contracturen, Geistesschwäche ist ein zwar nicht sehr häufiger, aber doch nicht ganz seltener Ausgang der Hysterie;

der Tod erfolgt nur höchst selten durch die Hysterie selbst, so heftig auch ihre Paroxysmen sein mögen.

III. Therapie.

Die Cur der Hysterischen gilt mit Recht als eine der schwierigsten und unberechenbarsten. Obwohl es viele Mittel gibt, die einzelnen Beschwerden und Symptome zu beseitigen und zu ermässigen, so ist, zumal wenn man nicht durch einen kräftigen Willen der Kranken selbst unterstüzt ist, die Behandlung der hysterischen Gesammtstimmung gewöhnlich von geringem Erfolge.

1) Von grösster Wichtigkeit ist die causale Indication, die sich aber nicht auf die Entfernung einzelner Ursachen beschränken darf, sondern die ganze Lebensordnung sich zur Aufgabe machen muss. Sie fällt daher, soweit nicht ganz specielle Ursachen zu berüksichtigen sind, zusammen

2) mit der diätetischen Behandlung. Diese ist mit der grössten Sorgfalt den einzelnen Umständen anzupassen, und man darf nicht wähnen, dass das, was einem Gesunden oder sonstigen Kranken nüzlich sei, auch stets bei einer Hysterischen wohlthätig wirke: man muss vielmehr aufs Genaueste den individuellen Bedürfnissen Rechnung tragen.

Im Allgemeinen ist vornehmlich Sorge zu tragen für den Genuss einer reinen und kräftigen Luft und für eine der besonderen Persönlichkeit angemessene Nahrung und es ist dabei eine geregelte Ordnung von grossem Werthe. Damit zu verbinden ist eine entsprechende Muskelthätigkeit, in welcher Beziehung aber das zu Verordnende und zu Erlaubende mehr als in irgend einer andern Krankheit dem Einzelfalle anzupassen ist: Gehen, Reiten, leichtere gymnastische Uebungen, mässiges Tanzen, Schwimmen, weibliche Arbeiten mit einiger Muskelanstrengung (z. B. Spinnen) sind vortrefflich, wenn sie ertragen werden. Eine genügende und ernste Beschäftigung des Geistes ist eine Bedingung für die Cur und selbst in mässigeren Paroxysmen muss man suchen, den schweifenden Vorstellungen eine bestimmtere Richtung zu geben: man findet in solchen Fällen das laute Lesen von grossem Erfolge. Ueberhaupt aber muss man streben, auf Hysterische psychisch einzuwirken, womit nicht nur verstanden ist, dass man sich in ihrem unbedingten Vertrauen festsezt, sondern dass man trachtet, ihrem haltlosen Geiste mehr Festigkeit und Besonnenheit zu geben, was freilich bei den verschiedenen Individuen auf sehr verschiedenem Wege zu erreichen ist. Mit der körperlichen und geistigen Beschäftigung muss aber auch eine genügende Ruhe abwechseln und der Schlaf ist bei den Hysterischen so regelmässig wie möglich zu ordnen. Die Zulassung des Coitus wird gleichfalls durch die Verhältnisse des Einzelfalls entschieden, mit Bestimmtheit aber ist jede geschlechtliche Aufregung ohne physische Befriedigung, durch Lectüre, Umgang, selbst durch manche Arten von Musik aufs Strengste zu vermeiden. Wenn Onanie getrieben wird oder auch sonst eine geschlechtliche Aufregung vermuthet werden kann, so sind kalte Sizbäder, kalte Klystire und kalte Bäder überhaupt, leztere jedoch nicht in stark strömendem Flusse oder in Sprudelform, nüzlich; in manchen Fällen sind lauwarme Bäder ohne Gehalt oder mit Milch, Molken, Malz, Kleiendecoct vermischt von vorzüglichem Werthe. — Diese verschiedenen diätetischen Maassregeln sind schon unter den gewöhnlichen Lebensverhältnissen zu erstreben. Wo diess nicht möglich, ist es für Hysterische oft sehr vortheilhaft, wenn sie in neue Lagen versezt werden, wo eine andre Luft, eine andre Thätigkeit, neue Einwirkungen ihrer Stimmung eine günstigere Richtung geben können. Auch selbst eine vorübergehende Veränderung des Aufenthalts und der äusseren Verhältnisse wirkt oft schon sehr nüzlich, und eine Reise, der Aufenthalt in einem Badeorte, abgesehen von dem gleichzeitigen Einflusse medicamentöser Bestandtheile der Mineralwässer, kann in dieser Beziehung höchst nüzlich sich erweisen, nur muss man nicht hoffen, durch eine 3 - 4wöchentliche Cur eine langjährige Krankheit zu heilen.

3) Die Behandlung aller die Hysterie complicirenden localen und constitutionellen Störungen, namentlich etwaiger Krankheiten der Genitalien, der anämischen Zustände u. dergl. ist von der höchsten Wichtigkeit, wenn die Hysterie geheilt werden soll; doch ist die Beseitigung dieser Verhältnisse nicht absolut nöthig und auch wo jene nicht geheilt werden können, sieht man oft, dass sie bei zwekmässigem Regime besser ertragen werden und allmälig aufhören, Ursache der Hysterie zu sein.

Eine besondere Aufmerksamkeit verlangen die zwar physiologischen, aber bei kränklichen Subjecten doch immer Störungen hervorrufenden und die Hysterie meist steigernden Vorgänge des weiblichen Organismus: die Menstruation, die Schwangerschaft, das Wochenbett, die Säugperiode und die Zeit der climacterischen Jahre. Im Allgemeinen ist bei Hysterischen in solchen Perioden nicht nur eine grössere Sorgfalt in Abhaltung schädlicher Einflüsse nothwendig, sondern es ist für sie in diesen Zeiten geistige und körperliche Ruhe unentbehrlich und nur in der Schwangerschaft und in den climacterischen Jahren ist damit eine geordnete und mässige Bewegung zu verbinden.

4) Für den habituellen Zustand der Hysterie sind in den meisten Fällen keine weiteren Medicamente nöthig, doch können solche zur Erleichterung der Symptome und zur Beschleunigung der Cur dienen und sind oft auch nach der Verfassung des Gemüths und der Intelligenz der Kranken nicht zu entbehren. Die wichtigsten unter diesen Mitteln sind:

a) die als Nervenmittel bezeichneten vegetabilischen Substanzen, welche theils vorübergehend einen günstigen Einfluss haben können, theils aber auch anhaltender in Gebrauch gezogen werden dürfen: die Chamille, die Baldrianwurzel, die Radix Sumbul, das Gummi Galbanum, die Asa foetida; ihnen schliesst sich das Castoreum an;

b) die kühlenden und dabei leicht erregenden Mittel, wie das Brausepulver, die Limonade, die Schwefelsäure (das Mynsicht'sche Elixir), die milderen salinischen Wasser (Ems, Eger Salzquelle etc.);

c) die mild ernährenden Mittel, wie die Weintrauben-, Molken- und Milchcuren, welche aber nur bei gleichzeitiger genügender Bewegung in frischer Luft nüzlich sind;

d) die mild erregenden und stärkenden Mittel, besonders die Seebäder, von denen übrigens die südlich gelegenen den nördlichen im Allgemeinen vorzuziehen sind, die Soolbäder, Schwefelbäder, Eisenbäder, und auch der innerliche Gebrauch von Eisen, von Gentiana, von Chinin, jedoch immer nur in leicht verdaulichen Formen und in kleinen und vorsichtigen Dosen.

5) Die Paroxysmen der Hysterie können eine Zeit lang sich selbst überlassen bleiben, solange sie nicht zu lästig und zu heftig sind. Gegen manche derselben, wie vornehmlich gegen die Krämpfe, ist ohnediess eine directe Cur meist ganz erfolglos. In vielen Fällen sind psychische Einwirkungen und mit klugem Tacte angebrachte Drohungen, deren Absichtlichkeit aber nicht durchschaut werden darf, das beste Mittel, heftige Paroxysmen verschwinden zu machen. Von medicamentösen Mitteln sind vornehmlich theils diejenigen Substanzen, welche zur Cur der habituellen Hysterie angegeben sind, besonders die Nervenmittel und die beruhigenden Mittel in Anwendung zu bringen, theils die Narcotica, besonders Blausäure und Opium, das Chloroform, der Schwefel- und der Essigäther, haupt-

sächlich in heftigen Anfällen, ebenso das Ammoniak und seine verschiedenen Verbindungen, zumal die übelriechenden, theils als Riechmittel, theils innerlich gegeben. Vesicatore und Blutentziehungen sind nur unter besonderen Umständen und mit grosser Vorsicht anzuwenden. Warme Bäder und kalte Uebergiessungen können zuweilen ganz nüzlich sein. In hartnäkigen Fällen mag man den Magnetismus, am Ende sogar die Manipulationen des thierischen versuchen.

2. Die allgemeine Cerebralparalyse.

Die Abnahme oder Vernichtung der Functionsfähigkeit tritt in manchen Fällen gleichzeitig nach allen Richtungen der Gehirnthätigkeit: Wahrnehmung, psychische Functionirung, Bewegung, ein.

Nicht selten ergibt hiebei die necroscopische Untersuchung gar keine irgend bemerkenswerthen Veränderungen innerhalb der Schädelhöhle, und zwar entweder unter Abwesenheit jeglicher Störung in irgend einem andern Theile des Körpers oder neben extracephalen Erkrankungen, welche zwar den Ausgangspunkt der Cerebralparalyse, aber nicht ihren wesentlichen und nächsten Grund enthalten können.

In andern Fällen finden sich Anomalieen innerhalb des Schädels, aber von solcher Art, dass sie ihrer Geringfügigkeit oder ihrem Size nach als genügende anatomische Grundlage der Abnahme oder Vernichtung der cerebralen Functionsfähigkeit nicht anerkannt werden können.

In noch andern Fällen endlich sind Veränderungen von solcher Verbreitung oder solchem Size (Mesocephalon, Gesammthirnrinde), oder von solchem Einfluss (Druk) auf das Gesammtgehirn vorhanden, dass die Abnahme und Vernichtung der sämmtlichen Hirnfunctionen als die nothwendige Folge der anatomischen Verhältnisse erscheint.

Während in lezterem Fall die Erscheinungen der Cerebralparalyse nur als Symptom gewisser mehr oder weniger diagnosticirbarer Veränderungen in der Schädelhöhle angesehen werden müssen, ist bei den beiden ersten Verhaltensweisen die functionelle Störung das Einzige, an was sich die Beobachtung halten kann; und selbst nicht wenige Fälle der lezten Categorie können wegen der Unmöglichkeit, die anatomische Veränderung während des Lebens zu erkennen, practisch nur vom functionell-symptomatischen Standpunkte aus in Betracht gezogen werden.

Die allgemeine Cerebralparalyse kann sich darstellen:

1) als plözliches Ereigniss, welches, wenn nicht anatomische Veränderungen ihm zu Grunde liegen, als Apoplexia nervosa erscheint;

2) als acuter, fast immer in kürzester Zeit zum Tode führender Verlauf: acute allgemeine Cerebralparalyse (Febris soporosa);

3) als chronisch progressive Paralyse;

4) als stationäre Paralyse.

Nur soweit nicht entsprechende anatomische Veränderungen diesen Aeusserungsarten der cerebralen Paralyse zu Grunde liegen, sind dieselben in die folgende Betrachtung aufzunehmen, da die durch nachweisbare Gewebsstörung bedingten Paralysen bei der betreffenden anatomischen Erkrankungsform unter deren Symptomen zu erwähnen sind.

a. *Die plözliche allgemeine Cerebrallähmung (Apoplexia nervosa).*

Nachdem Morgagni als gewöhnlichste anatomische Ursache der mit dem Namen Apoplexie bezeichneten Erscheinungen das Blutextravasat im Gehirn nachgewiesen hatte, blieb das Bedürfniss, ähnlichen Fällen, bei welchen kein Bluterguss im Gehirn

sich vorfand, ihre Stellung und Deutung anzuweisen. Cullen (First lines §. 1051. Uebers.: Anfangsgründe der pract. Arzneiwissensch. III. 22) war der Erste, welcher in scharfer Weise hervorhob, dass die Erscheinungen des Schlagflusses bald in einem Druk auf das Gehirn (Apoplexia sanguinea und serosa) begründet seien, bald aber ohne solche Verhältnisse zustandekommen durch Ursachen, welche „geradezu die Beweglichkeit der Nervenkraft vernichten“, wozu er mephitische Luft, Kohlendampf, metallische Substanzen, Mohnsaft und andere Narcotica, Kälte, Erschütterung, Electricität und Gemüthsbewegungen rechnete. Kortum (de apoplexia nervosa 1785) hielt diese Eintheilung fest und gab der zweiten Genese der Apoplexie den Namen Apoplexia nervosa. Dieser Form wurde bei der dürftigen Kenntniss der pathologischen Anatomie der damaligen Zeit und bei der Mangelhaftigkeit der Obductionen, welche leicht geringfügige Extravasate übersehen liess, eine weite Ausdehnung gegeben, und es war bis zum Schlusse des ersten Drittels dieses Jahrhunderts eine ziemlich allgemeine Anschauungsweise, dass unter den vom Gehirn abhängigen Apoplexieen mindestens ebenso häufig, wenn nicht viel häufiger Nervenschlagflüsse als Blutschlagflüsse vorkommen; es wurde eine Reihe von Regeln gegeben, beide Formen zu unterscheiden und wurden daran die therapeutischen Indicationen geknüpft. Der Eifer für die pathologische Anatomie in Frankreich und die daselbst gemachten zahlreichen Untersuchungen über das Blutextravasat im Gehirn verdrängten allmälig jene Vorstellungen und es kam dahin, dass man die Apoplexia nervosa nur als ein Beispiel der ungenauen und flüchtigen Auffassungsweise der symptomatischen Medicin und als in Wirklichkeit nicht existirend anzusehen anfing. Solche Uebertreibung konnte bei den mehr und mehr sich ausbreitenden anatomischen Forschungen nur kurze Zeit sich halten, und besonders sind es die Untersuchungen über die Ursachen des plözlichen Todes, welche gelehrt haben, wie richtig und sachgemäss dem Princip nach die frühere Unterscheidung war. Dabei ist freilich zuzugeben, dass die damalige Vertheilung der Fälle unter beide Categorieen eine verfehlte war, dass vielmehr bei einer grossen Anzahl der der Apoplexia nervosa zugeschriebenen Erkrankungen Extravasate als sehr wahrscheinlich angenommen werden müssen und dass namentlich die für jene aufgestellten Zeichen ganz ebenso gut bei dem blutigen Gehirnextravasat sich finden. Auch ist hervorzuheben, dass manche von denjenigen Erkrankungen, welche die frühere Zeit zur Apoplexia nervosa rechnete, eher als Unmachten, acuter Sopor u. dergl. anzusehen sind.

I. Zur Feststellung der Aetiologie der plözlichen allgemeinen Cerebrallähmung ohne anatomische Ursachen und ohne Intoxicationen fehlt ein genügendes Erfahrungsmaterial. In den meisten Fällen, in welchen ein solches Ereigniss eintrat, war in den Umständen und Verhältnissen des Kranken nichts aufzufinden, was auch nur annähernd jenes erklärt. Die Inanition, welche gewöhnlich als eine der wesentlichsten Ursachen angesehen wird, wirkt ohne Zweifel nur durch Vermittlung einer Hirnanämie; die Hirnerschütterung ohne Bersten der Gefässe bringt nur ausnahmsweise und in den schwersten Fällen apoplectische Erscheinungen hervor, und es bleibt von bekannten Ursachen kaum etwas Anderes übrig, als Gemüthsbewegungen, welche jedoch nur in den seltensten Fällen dem Ereigniss vorangegangen sind.

II. Zur Apoplexia nervosa können gerechnet werden:

1) die Fälle des plözlichen Todes ohne anatomische Veränderungen, bei welchen jede weitere Beobachtung wegfällt.

2) Fälle, in welchen plözlich eine allgemeine Lähmung der sensoriellen, psychischen und motorischen Functionen eintritt, der Kranke gewöhnlich collabirt, bleich, ohne auffallende Abweichungen in der Respiration und dem Pulse, aber auch ohne weitere Lebensäusserungen daliegt und nach Ablauf einiger Stunden oder weniger Tage unter Unregelmässigwerden des Athmens und zunehmender Abschwächung der Herzcontractionen stirbt, ohne dass in der Leiche für diese Catastrophe ein genügender Grund aufgefunden wird und ohne dass eine Vergiftung ihr voranging.

Diese Fälle sind nicht häufig und die Erscheinungen, nämlich die allseitige Lähmung, die Blässe und der Collapsus der Körperoberfläche berechtigen nicht. während des Lebens die Diagnose auf eine nervöse Apoplexie zu stellen; denn sie können ebenso bei einem grossen Extravasate, welches beide Seitenventrikel ausfüllt, oder den Pons zertrümmert hat, oder den Subarachnoidealraum der Hirnbasis ausfüllt, oder den grössten Theil des Kleinhirns zerstört hat, oder in der Oblongata sizt, sie können ferner bei einem raschen serösen Erguss, beim Bersten eines Abscesses, bei einer intensiven Hirnhyperämie sich vorfinden, und die Annahme einer Apoplexia nervosa wird erst durch die Section festgestellt.

3) Kann das Vorhandensein einer Apoplexia nervosa in denjenigen Fällen vermuthet, aber nicht bewiesen werden, in welchen plözlich eine allgemeine Lähmung aller vom Hirn abhängigen Theile eingetreten ist, also gänzliche Bewusstlosigkeit, complete Lähmung aller vier Extremitäten, Lähmung des Facialis, der Zunge etc., aber nach einigen Stunden oder Tagen diese Zufälle sich allmälig wieder verlieren und in vollständige Herstellung übergehen.

Aber auch in diesen Fällen, die gleichfalls selten sind, ist die Diagnose niemals während des Bestehens der Störung, sondern erst durch ihre vollständige Wiederaufhebung, die sich mit einer gröberen anatomischen Veränderung nicht wohl verträgt, mit einiger Wahrscheinlichkeit zu machen.

Somit kann die Apoplexia nervosa niemals während des Bestehens der Zufälle diagnosticirt werden; sie ist vielmehr nur eine Annahme, zu welcher man nach Ablauf der Krankheitserscheinungen bei tödtlichem wie bei günstigem Ende darum genöthigt ist, weil kein anderer Vorgang als Ursache derselben namhaft gemacht werden kann.

III. Hienach können für die Apoplexia nervosa keine Indicationen aufgestellt werden, und es ist für die Praxis geradezu verderblich gewesen, dass man an gewisse imaginäre Zeichen der nervösen Apoplexie Curregeln angeknüpft hat, deren Anwendung in den gemeiniglich damit verwechselten Hirnextravasaten dem Kranken nur Nachtheile bringen konnte. Vielmehr sind in jedem sich darbietenden Falle von plözlich eintretender Lähmung der vom Gehirn abhängigen Functionen, wenn keine bestimmten Ursachen aufzufinden sind und wenn die Umstände irgendwie die Möglichkeit eines Blutextravasats zulassen, zunächst solche Mittel und Methoden anzuwenden, welche bei etwaiger Hämorrhagie im Gehirn vortheilhaft oder mindestens nicht schädlich wirken können, wenn auch in ihrer Anwendung bei gegründetem Zweifel über das Bestehen eines Extravasats mit besonderer Vorsicht zu Werke zu gehen ist.

b. Die acute allgemeine Cerebralparalyse.

Die acute allgemeine Cerebralparalyse findet sich in manchen älteren Schriften unter dem Namen der Febris soporosa, asthenica etc. abgehandelt, jedoch nur in unreiner Weise, indem Fälle von primärer Cerebralparalyse mit solchen unbewusst vermengt wurden, bei welchen die Paralyse nur die Folge der mannigfaltigsten Störungen in und ausserhalb des Gehirns war. Ehe die localen und allgemeinen Krankheiten, welche sich mit dem Symptome des rasch fortschreitenden Sopors verbinden, genauer gekannt waren, musste die symptomatische Auffassung der Erscheinungen nur störend und ungenau bleiben. Doch bleibt es ein bemerkenswerther Versuch, welchen Nagel (Ueber das Entkräftungsfieber der alten Leute, eine wenig bekannte und bisher noch nicht beschriebene Krankheit, 1829) machte, diese Form monographisch abzuhandeln. Auch bei Berndt (Fieberlehre 1830) findet sich eine ziemlich ausführliche Darstellung, bei welcher nur eben die mangelhafte Ausscheidung unreiner Fälle störend ist. In neuerer Zeit, in welcher man häufig den Fehler beging, die Infiltration eines kleinen Lungenstüks für wichtiger zu halten, als das Aufhören der Functionen der Centralorgane des Nervensystems und daher sehr oft

mit geringfügigen und offenbar nur accessorischen Localstörungen, welche sich in extracephalen Organen vorfanden, als Todeserklärung sich begnügte, ist auf diese Form der Erkrankung kaum Rüksicht genommen worden. Ich habe (1842 Arch. f. physiol. Heilkunde I. 627) auf die Verwechslung dieser Krankheitsform mit dem typhösen Fieber aufmerksam gemacht. Neuerdings hat Beau (1852 Arch. gén. D. XXVIII. 5) eine Anzahl von Beobachtungen dieser Erkrankungsform mitgetheilt und sie mit der progressiven allgemeinen Paralyse in Parallele gesezt.

I. Aetiologie.

Die acute allgemeine Cerebralparalyse kommt am häufigsten bei betagten Subjecten vor oder doch bei solchen, welche durch irgend welche Umstände in frühzeitige Decrepidität verfallen sind; ferner bei Säufern, bei geistesschwachen und blödsinnigen Individuen, in dem Zustand transitorischer Fatuität, wie er in der langsam fortschreitenden Reconvalescenz von schweren Krankheiten eintritt. Doch scheint es, dass auch ohne solche Verhältnisse die Krankheit selbst bei jüngeren Subjecten sich entwikeln könne. — Auffallend ist, dass diese Krankheitsform, zumal in vollkommener Reinheit, überwiegend häufig bei Männern sich zeigt.

Die Affection tritt unter den angegebenen Umständen zuweilen ohne irgend eine Veranlassung auf, zuweilen nach einer heftigen, über die Kräfte gehenden körperlichen Anstrengung, nach einer plözlichen Erkältung und Durchnässung, besonders wenn gleichzeitig Anstrengungen gewirkt haben. Auch die längere Einwirkung einer strengen Kälte auf ein altes Gehirn kann, ohne dass wirkliche Erfrierungssymptome eintreten, zu der Entwiklung der Erkrankung Veranlassung geben. Ueberfüllung des Magens mit Speisen, anhaltende Verstopfung mag ebenfalls zuweilen von Einfluss sein.

Andererseits ist die Erkrankung zuweilen Störungen consecutiv, die zwar an sich schon eine anomale Functionirung des Gehirns veranlassen, aber nicht in dem Grade entwikelt oder so beschaffen sind, dass sie als genügende anatomische Grundlage der auf einmal und unerwartet eintretenden und rasch vorschreitenden cerebralen Paralyse angesehen werden können: so namentlich eine mässige, vielleicht schon lange bestehende anatomische Störung im Gehirn (ein intermeningeales oder cerebrales Extravasat, ein mässiges Oedem, eine Verdikung der Häute u. dergl.), oder Störungen in andern Theilen des Körpers oder der Gesammtconstitution, welche an sich gar keine auffallenden Veränderungen der Functionirung des Gehirns oder doch keine so bedeutenden Beeinträchtigungen derselben hervorzubringen im Stande sind. Und zwar kann unter angemessenen Umständen jede Art von localer oder constitutioneller Erkrankung, mag sie auch noch so geringfügig sein, zu der acuten Hirnparalyse führen.

Allerdings schliessen sich an die eben gedachten Fälle in unmerklichem Uebergang solche an, wo locale Veränderungen (Anämie des Gehirns, venöse Blutüberfüllung, Erweichung der Hirnrinde, Verwachsungen derselben mit der Pia, Oedeme des Gehirns etc.) oder allgemeine Störungen (weitgediehene Anämie, gewisse Formen der Gelbsucht, die Folgen der Harnretention, eine Intoxication, eine typhöse Erkrankung etc.) in der Weise vorhanden und entwikelt sind, dass sie nothdürftig, wenn auch nicht genügend das Eintreten der Hirnparalyse erklären und wobei individuelle Verhältnisse vielleicht unbekannter Art die ungewöhnlich frühzeitige und vollendete Paralyse mitzubedingen scheinen.

II. Pathologie.

Der Beginn der acuten allgemeinen Cerebralparalyse ist, wenn sie primär ohne erhebliche vorausgehende Krankheit sich ausbildet, der eines Unwohlseins mit leichten Fieberbewegungen und vorwaltender Schwäche; dagegen mehr oder weniger unmerklich, wenn die Paralyse an eine andere Krankheit sich anschliesst.

Bei primärer Cerebralparalyse wird zuweilen im Anfange ein mehr oder weniger heftiger Frost, der nicht selten in Unmachten und Bewusstlosigkeit übergeht, beobachtet und nach welchem der Kranke sich zwar äusserst ermattet fühlt, Fieberbewegungen hat, aber doch nicht immer bettlägerig wird. In andern Fällen beginnt die Störung weniger entschieden in der Art einer Unpässlichkeit, eines allgemeinen Krankheitsgefühls, grosser Unlust, Appetitlosigkeit, Empfindlichkeit der Haut gegen Kälte und spontanen Fröstelns. In beiden Fällen ist in den ersten Tagen eine nicht localisirbare Erkrankung vorhanden, welche sehr oft, zumal bei Unaufmerksamkeit, für ein geringfügiges Unwohlsein gehalten wird. Doch gibt es einige Erscheinungen, welche schon frühzeitig die drohende und sich vorbereitende Hirnlähmung anzeigen: der Kranke zeigt eine gewisse Entstellung der Gesichtszüge, eine stupide und erschlaffte Physiognomie, er hat grosse Neigung zum Schlaf und schläft oft unter dem Sprechen ein, er ist vergesslich, zeigt frühzeitig eine momentane oder partielle Verwirrung der Ideen und zuweilen in der Nacht ein abruptes Deliriren; in manchen Fällen bemerkt man eine Abnahme des Gefühls und zuweilen klagt der Kranke selbst über eingeschlafene Beine; sehr häufig wird er etwas schwerhörig und scheint auch mit den Augen unvollkommen zu percipiren; die Bewegung seiner Zunge ist schwierig, er fängt zu stottern an, kann einzelne Buchstaben nicht aussprechen, er zittert mit Zunge, Lippen und Händen; wenn er zu gehen versucht, so macht er schwankende Bewegungen und taumelt. — Hiemit verbunden sind Zungenbelege, die eine Neigung zum Trokenwerden haben, Unfähigkeit zu essen und zu verdauen, eine Verstopfung des Stuhls und oft verminderte und erschwerte Harnexcretion; Anomalieen in den Herzbewegungen, die bald beschleunigt, bald erlangsamt sind; während der Arterienpuls meist eine gewisse Härte zeigt, langsame, gedehnte und schnarchende Respiration, auffallend kalte Hände und Füsse, während die Temperatur am Rumpfe erhöht sein kann.

In den Fällen, in welchen die Cerebrallähmung an andere Affectionen sich anschliesst, wird der erste Beginn der Krankheit mehr oder weniger verwischt, so dass er oft übersehen werden kann, während andere Male einzelne oder mehrere der angegebenen Symptome auf die eintretende Wendung der Krankheit hinweisen.

Zuweilen folgt auf die ersten Anfänge der Störung eine kurze Periode der Aufregung, lebhaftere Delirien, die oft nur einen halben Tag, eine Nacht oder doch nicht viel länger anhalten, oder auch Krämpfe, die meist nicht sehr heftig und gleichfalls nur kurzdauernd sind. Darauf folgen die Symptome der nach allen Functionsseiten hin rasch sich vervollständigenden Paralyse, welche sich jedoch auch an die Erscheinungen der ersten Periode in unmerklichem Uebergange anschliessen können.

Der Kranke nimmt jezt von Tag zu Tag, ja von Stunde zu Stunde an Unbesinnlichkeit zu, er liegt entweder anhaltend schlummernd und soporös mit geschlossenen oder halbgeschlossenen Augen auf dem Rüken, kann zwar aus dieser Schlafsucht Anfangs noch aufgestört werden, wird aber dann mürrisch und gibt durch Zeichen oder Worte zu erkennen, dass man ihn in Ruhe lassen soll. Bringt man ihn zum Reden und Antworten, so ist seine Sprache auffallend stotternd, erschwert und sind seine Worte zusammenhanglos. Oder er sizt aufgerichtet im Bett und zeigt eine unaufhörliche Unruhe, entblösst sich, will aus dem Bett, ist aber dabei fast oder ganz ohne Bewusstsein, hört nicht und sieht nicht oder höchstens nur in einzelnen Momenten. Manche Kranke sowohl bei dem ersten, als beim zweiten Verhalten geben durch stilles Murmeln, selbst durch abrupt ausgestossene Worte zu erkennen, dass sie von Wahnideen occupirt sind, welche aber stets von höchst beschränkter Art erscheinen und gewöhnlich bald erblassen. Die Gefühllosigkeit der Körperoberfläche ist mehr oder weniger vollständig. Dabei erschlaffen die Gesichtszüge immer mehr und werden mehr oder weniger entstellt. Die Antlizmuskel erscheinen *gelähmt, bald* auf beiden Seiten, bald nur einseitig, bald mehr, bald weniger voll-

kommen. Die Auglider hängen herab und selbst wenn der Kranke versucht, um sich zu bliken, so vermag er nur mit Mühe und langsam, sie etwas zu erheben. Schleim sammelt sich im Auge. Die Wangen, Nasenflügel und Lippen folgen passiv der Einziehung und Ausstossung der Luft bei der Respiration. Der Kranke hat Schwierigkeit, die Zunge in Bewegung zu sezen, die dabei alsbald ins Zittern kommt, zu trinken, zu schlingen. Die Pupillen sind bald normal, bald etwas weiter und bewegen sich schwierig auf Lichtreizung der Retina. Das gelähmte Herabhängen des Gaumensegels veranlasst ein lautes Schnarchen; die Bissen bleiben im Oesophagus steken und flüssige Substanzen fallen mit Geräusch in den Magen. An den Extremitäten ist der Subsultus tendinum in permanenter Thätigkeit. Automatische Bewegungen mit den Händen und Zittern derselben zeigen sich vornehmlich in Augenbliken, wo das Coma weniger tief und von einer geringen Aufregung unterbrochen ist. Die unteren Extremitäten sind zeitweise ganz bewegungslos und wie gelähmt, machen aber dazwischen wieder einzelne unkräftige und dabei zitternde Bewegungen. Der Puls kann sich in Langsamkeit erhalten oder beschleunigt werden; sehr häufig wird er unregelmässig. Die Respiration ist ungleichförmig, Minuten lang sehr langsam, dann wieder beschleunigt. Die Haut ist ohne Turgor und collabirt, am Rumpfe bleibt sie warm oder ist selbst heiss, während das Gesicht kalt und Hände und Füsse dessgleichen sind; die Haut ist bleich, zuweilen stellenweise ödematös. Schweiss fehlt oder ist kalt und partiell. Der Darmkanal hört fast auf zu functioniren; die Zunge ist meist ohne Beleg und ganz troken; Brechmittel bringen sehr häufig gar keine Reaction hervor und Stuhl kann nur mit grosser Mühe herbeigeführt werden. Der Urin wird in der Blase zurükgehalten oder geht unwillkürlich ab. — Dieser Zustand ist zuweilen unterbrochen von kurzen Intervallen einer wiederkehrenden Hirnthätigkeit, zuweilen selbst von Andeutungen oder selbst von momentanen Ausbrüchen von Aufregung, auf welche der Kranke alsbald wieder in dieselbe tiefe Versunkenheit verfällt.

In Fällen, in welchen dieser Zustand sich an andere Krankheiten anschliesst, sind die Symptome dieser Anfangs damit gemischt. Bald jedoch werden durch die Erscheinungen der Cerebralparalyse alle vorhanden gewesenen functionellen Störungen verdrängt.

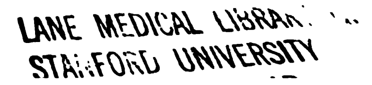
Nachdem dieser Zustand selten länger als 3—4 Tage, oft nur Stunden lang angedauert und gleichmässig zugenommen hat, tritt unter Tracheal-rasseln, zunehmender Unregelmässigkeit der Respiration, Verminderung der Herzcontractionen, oft auch unter rascher Zunahme der Pulsfrequenz, unter Verbreitung der Kälte, zuweilen auch nach vorhergehendem Eintritt partieller completer motorischer Lähmungen (Gesichtshälfte, einer Extremität) der Tod als der wahrscheinlich unvermeidliche Ausgang der Krankheit ein. — Gehirn und alle Theile des Körpers können in der Leiche in vollkommener Integrität sich erweisen, oder es kann jede beliebige extracephale oder cerebrale Störung vorhanden sein.

III. Therapie.

Die Therapie der allgemeinen acuten Cerebralparalyse gibt wenig Aussicht auf Erfolg. Solange locale Affectionen zu der Erkrankung Veranlassung gegeben haben, sind diese mit Ausschluss aller schwächenden Mittel zu behandeln. Ausserdem hat man die Secretion des Darms und die Entleerung der Fäces zu befördern und dazu besonders der reizenderen Substanzen, wie der Jalape, Coloquinten sich zu bedienen; ferner die Diurese zu vermehren und im Uebrigen Mittel zu reichen, welche die Kräfte unterstüzen, wie Wein, China, Campher u. dergl.

3. Die allgemeine chronisch-progressive Cerebralparalyse (paralytischer Blödsinn).

Die progressive allgemeine Paralyse wurde zuerst von Bayle (Rech. sur les **maladies mentales 1822 und Traité des maladies du cerveau et de ses membranes**



1826) beachtet; dann von Delaye (Consid. sur une espèce de paral., qui affecte particulierement les aliénés 1824), sofort aber von Calmeil einer ausführlichen monographischen Untersuchung unterworfen (De la paralysie, consid. chez les aliénés 1826 und dessen Abhandlung im Dict. de médec. XXIII. 133). Von da an wurde über das Vorkommen dieser Form wenig veröffentlicht und nur gelegentlich, z. B. von Parchappe (Rech. sur l'encephale 1836), von Foville (Dict. de médec. prat. Art. Aliénation) und in den Werken über Psychiatrie derselben Erwähnung gethan. Erst neuerdings ist die allgemeine Paralyse wiederholt Gegenstand von Untersuchungen und Besprechungen geworden, besonders von Seiten französischer Aerzte: Baillarger (Ann. méd.-psych. A. IX. 331 u. XI. 317), Lunier (Ibid. B. I. 1 u. V. 89 u. 422), Moreau (Gaz. méd. C. V. 356), Billod (Ann. méd.-psych. B. II. 608), Brierre de Boismont (Ibid. II. 604 u. III. 177), Sandras (Union méd. V. Nro. 123, VI. Nro. 58, 64 u. 72), Guislain (Leçons orales sur les phrenopathies I. 325). Hieran schliessen sich die Mittheilungen von Stolz (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie VIII. 577) und Duchek (Prager Vierteljahrschr. XXIX. 1).

I. Aetiologie.

Die sogenannte allgemeine oder progressive Paralyse ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein consecutiver Zustand, der vornehmlich in der Abschwächungsperiode der progressiven psychischen Zerrüttung, zumal in den Fällen, in welchen Höhenwahn (Monomanie des grandeurs) vorhanden ist, manchmal auch schon in dem maniacalischen und selbst in dem melancholischen Stadium sich ausbildet. Sie kommt aber auch bei sonstigen Gehirnkranken: Epileptischen, Hysterischen und bei den verschiedensten andern Störungen nicht selten vor. Die allgemeine Paralyse kann bei diesen Affectionen ziemlich rasch entstehen oder auch erst nach langem (20- und mehrjährigem) Bestehen derselben nachfolgen. — In manchen, jedoch selteneren Fällen tritt die allgemeine Paralyse in primärer Weise ein, doch meist auch dann unter Umständen, wobei, wenn auch nicht eine psychische Erkrankung, so doch eine analoge Charactermodification innerhalb der Breite der Gesundheit (excedirende Lebensweise, heftige Emotionen, moralische Entartung) sich ausbildete.

Die allgemeine Paralyse kommt weit häufiger beim männlichen Geschlecht, als bei Weibern vor. Vorangegangene Excesse und Ueberanstrengungen der Muskel, Furcht und heftige Gemüthsemotionen, vielleicht Alcoolmissbrauch, scheinen dazu zu disponiren. Wieweit Sexualstörungen auf die Entstehung der allgemeinen Paralyse von Einfluss sind, steht dahin. Sie kommt häufiger bei kräftigen und musculösen Individuen vor und soll bei Militärs besonders häufig sein.

Am häufigsten bildet sich die allgemeine Paralyse bei fixem Wahn und in der Periode des consecutiven psychischen Verfalls aus, und es ist eine allgemein anerkannte Thatsache, dass besonders der Wahn mit extravaganter Selbstüberhebung zur allgemeinen Paralyse führt. Allein Baillarger hat darauf aufmerksam gemacht, dass zuweilen die paralytischen Symptome, wenn auch nur in Andeutungen, den psychischen Störungen vorangehen, und in der That sieht man nicht selten bei Epileptischen, Hysterischen, Säufern etc., aber auch bei zuvor gesunden Individuen die allgemeine Paralyse sich entwikeln und die eigenthümliche Form der psychischen Stimmung erst im Verlaufe derselben sich herstellen. Immerhin aber bleibt es sicher, dass in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle die allgemeine Paralyse bei Menschen sich einstellt, die sich in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Stadium der psychischen Verwirrung befinden. — Die Häufigkeit der Paralyse beim männlichen Geschlecht beträgt das 4—8fache ihres Vorkommens beim weiblichen.

II. Pathologie.

A. Die allgemeine Paralyse beginnt entweder ganz still und unmerklich

oder nach irgend einem heftigen Exaltationssymptom, einer Aufregung oder Erschütterung, z. B. nach heftigem Kopfweh, wildem Deliriren, heftiger Steigerung der Stimmung, nach Excessen, gewaltsamen Handlungen, nach Krampfzufällen, oder auch nach einem Anfall von Unmacht, von Sopor, von allgemeiner Erschlaffung oder allgemeiner Erstarrung. Die paralytischen Symptome mischen sich entweder diesen Prodromalerscheinungen sogleich bei oder sie kommen erst einige Tage, selbst Wochen nachher zum Vorschein. Zuweilen sind einzelne paralytische Symptome bereits vorhanden gewesen; aber durch einen Exaltationssturm, eine heftige Tobsucht u. dergl. werden sie wieder verdekt und kommen erst zur Beachtung in der auf die Exaltation folgenden Erschöpfungsperiode.

B. Der Beginn der allgemeinen progressiven Cerebralparalyse gibt sich zuerst durch einzelne locale Erscheinungen kund, die an sich geringfügig scheinend, durch die Umstände, unter denen sie auftreten, und durch das rasche Hinzutreten weiterer als erste Andeutungen einer schweren und meist unaufhaltsam fortschreitenden Erkrankung sich erkennen lassen. Es sind:

Veränderungen in dem psychischen Verhalten, jedoch oft kaum bemerklich: Abschwächung in irgend einer oder mehreren Richtungen, Incohärenz, Lokerung der Associationen, zeitweises Stoken und Unterbrechung des psychischen Flusses;

Erschwerung der Zungenbewegung, Schwierigkeit im Articuliren und im Aussprechen einzelner Buchstaben, geringes Stottern und ein eigenthümliches Zögern und Stoken im Antworten und mitten in einem Saze oder Worte, Undeutlichwerden der Sprache;

Zittern mit den Händen bei deren Bewegungen, Unfähigkeit zu feineren Arbeiten, Unsicherheit der Schriftzüge;

Anomalieen in den Bewegungen der Beine, steifes Gehen, taumelnder Gang, Einsinken der Kniee, unwillkürliches Seitwärtskommen beim Gehen, während die grobe Kraft der Beine noch vollkommen erhalten sein kann;

Dilatation einer oder auch beider Pupillen;

Schwindel, Taubheit, Ohrensausen, Verminderung des Geruchs und Geschmaks;

stellenweise Unempfindlichkeit der Haut mit Kriebeln in den Theilen, oft heftige Schmerzen;

Vermehrung der Reflexbewegungen;

Veränderungen in der Ernährung und im allgemeinen Habitus: Erschlaffung und Leerwerden der Physiognomie.

Diese Symptome können im ersten Anfange in verschiedener Combination vorhanden sein, auch nur eines derselben und fast jedes die Reihenfolge beginnen: sofort aber vervielfältigen sie sich, während zugleich die Einzelnen deutlicher sich herstellen, doch auch zuweilen eines oder das andere wieder sich verliert.

Die Abweichungen im psychischen Verhalten werden Anfangs oft übersehen und sind in der That in vielen Fällen nur bei genauer Aufmerksamkeit bemerklich. Stellt die Cerebralparalyse primär sich ein und schliesst sie sich nicht an eine

zuvor bestandene Geistesverwirrung an, so fällt zunächst eine gewisse Vergesslichkeit, Zerstreutheit und Unaufmerksamkeit auf. Der Kranke kehrt gerne auf gewisse Lieblingsideen zurück, bringt sie ohne Zusammenhang in jede Unterhaltung, ist namentlich unermüdlich, seine Lage, seine Thaten, seinen Besiz zu rühmen, erscheint darum sehr zufrieden, hat aber nichtsdestoweniger eine an ihm nicht gewöhnte Reizbarkeit des Gemüths, ist irascibel und verfällt leicht in Affect, der jedoch gewöhnlich rasch vorübergeht. Während er seine gewöhnlichen Beschäftigungen und seine Interessen vernachlässigt, bemerkt man eine gewisse Hartnäkigkeit des Klebens an einzelnen Vorstellungen, eine Beschränkung des Ideenkreises, eine Verminderung des Fassungsvermögens, oft eine Unruhe und nuzlose Geschäftigkeit, ein Ergehen in selbstgefälligen Einbildungen und in abenteuerlichen oder doch wenigstens unangemessenen Plänen, häufig ein plözliches Stoken und ein Unterbrochenwerden des Gedankengangs mit stillem Hinstarren und Absorbirtsein. — In Fällen, in welchen schon zuvor eine psychische Verwirrung bestand, zeigen sich nicht nur ähnliche Stimmungen und Aeusserungen, sondern es werden die schon vorhandenen Wahnvorstellungen zügelloser und extravaganter, die Selbstüberhebung grenzenloser, der Gedankenzug zusammenhangloser und die Intelligenz verräth eine merkliche, wenn auch zunächst noch eine mässige Abschwächung, Abflachung und Verkümmerung.

Ehe jedoch die psychischen Erscheinungen so entschieden sind, dass sie zur Annahme einer begonnenen allgemeinen Paralyse berechtigen, lässt sich in den meisten Fällen an einigen andern unzweideutigen Symptomen die Diagnose dieser so gefährlichen Krankheit bei einiger Aufmerksamkeit und zwar zu einer Zeit machen, in welcher der Unkundige noch keine Art von Störung zu bemerken pflegt und sogar bei der oft gerade gleichzeitig zunehmenden Körperfülle, den Aeusserungen des Wohlbehagens und der grösseren Beruhigung der psychischen Alteration den Uebergang in die Herstellung hoffen zu dürfen glaubt. Jede noch so günstige Gestaltung der übrigen Gehirnfunctionen und namentlich des psychischen Verhaltens darf als trügerisch angesehen werden, sobald Anzeichen der beginnenden allgemeinen Paralyse sich einstellen und man kann, so vortrefflich auch der Gesundheitszustand zu sein scheint, in solchen Fällen fast mit absoluter Gewissheit den baldigen Untergang des Kranken voraussagen. Diese ersten Symptome, auf welche daher die Aufmerksamkeit des Beobachters vornehmlich gerichtet sein muss, sind folgende:

die Dilatation einer oder beider Pupillen, welche aber nur in dem Falle einer beträchtlichen Erweiterung einen diagnostischen Werth hat, alsdann aber, zumal bei schon vorher bestehenden Hirnstörungen oder auch nur bei ungewöhnlichem psychischem Verhalten, bei vorausgegangenen Krämpfen mit grosser Wahrscheinlichkeit die nahe Ausbildung der allgemeinen Cerebralparalyse erwarten lässt.

Die Unbehilflichkeit der Zunge, welche eine noch entscheidendere Bedeutung hat, vorausgesezt dass sie durch keine mechanische Ursache und keine Hemiplegie bedingt ist und dass zuvor die Bewegungen des Theils vollkommen frei gewesen waren, ist im Anfange mehr eine krampfhafte, als eine paralytische: die Zunge hat keinen schiefen Stand, doch macht sie beim Vorstreken oft verschiedene unbehilfliche Bewegungen, wird wohl auch seitlich vorgeschoben, aber bald nach der einen, bald nach der andern Seite, das Sprechen und Articuliren ist dadurch erschwert und es zeigt sich Anfangs nur von Zeit zu Zeit, bald aber häufiger ein leichtes Stottern und Stoken in der Rede und in einzelnen Worten, was namentlich in der Befangenheit zunimmt. Man muss damit jedoch nicht das Stottern und die convulsivischen Bewegungen der Zunge in der exaltirten Periode der Geisteskrankheiten verwechseln. Je mehr das Stottern im Laufe einer ruhigen Entwiklung oder eines stationären Zustandes psychischer Erkrankung eintritt, um so sicherer wird die Prognose durch dasselbe und die Gewissheit der baldigen Ausbreitung der allgemeinen Paralyse entschieden. Man darf sich nicht dadurch irre machen lassen, dass zuweilen im Anfange die Beweglichkeit der Zunge und die Vollkommenheit der Sprache für Tage und Wochen sich wieder herstellt. Wo diese einmal angefangen hat, in der beschriebenen Weise Noth zu leiden, da kann ohne allen Zweifel die Wiederkehr des Symptoms, auch wenn es noch so vollkommen verschwunden ist und die Ausbreitung weiterer paralytischer Symptome erwartet werden.

Die Schwierigkeiten im Gange fallen in den meisten Fällen viel später in die Augen, als die Zufälle von der Zunge und der Pupille. Es ist meist ein ruheloser Trieb umherzugehen und sich zu bewegen im Anfange vorhanden und lässt bei dem Unkundigen den Gedanken an eine drohende Paralyse nicht aufkommen: grosse Spaziergänge werden von den Kranken noch gemacht und das Gehen auf ebenem Boden geschieht häufig ohne alle Schwierigkeit, während bereits die andern Erscheinungen der allgemeinen Paralyse keinen Zweifel mehr über deren Beginn zulassen. Bald jedoch kann man bemerken, dass der Kranke bei geringen Hindernissen

stolpert, dass seine Kniee einschnappen, dass er beim Geradeausgehen die Richtung verliert, dass er steif geht, die Beine nachschleppt. Im weiteren Verlauf wird der Gang taumelnd, wie bei einem Betrunkenen, der Kranke stolpert auf ebenem Boden und fällt nicht selten nieder.

Das Ergriffenwerden der Arme wird frühzeitig daran bemerkt, dass jede feinere Arbeit, das Schreiben u. dergl. sehr erschwert, die Handschrift unzusammenhängend, schief, verworren, unleserlich wird.

Die Abstumpfung von Geruch und Geschmak ist ungleich häufiger, als die der andern Sinne. Die stellenweise Unempfindlichkeit der Haut wird von den meisten Kranken übersehen und ohne eine genaue Untersuchung auch dem Arzte nicht bemerklich. Dagegen werden die Neuralgieen, die zuweilen mit grosser Heftigkeit an einzelnen Stellen fortbestehen und von dem Kranken meist in Zusammenhang mit seinen Wahnideen gebracht werden, äusserst lästig, wiewohl diese Erscheinungen zuweilen auch ganz fehlen.

Die Functionen des Darms sind in der ersten Zeit gemeiniglich vortrefflich, der Appetit ist kräftig, selbst Gefrässigkeit ist nicht selten vorhanden, die Verdauung ist gut, der Stuhl zuweilen etwas angehalten; häufig stellt sich eine starke Fettbildung ein, nur fällt zuweilen die Trokenheit der Haut, auch manchmal das blasse, ungesunde und aufgeschwemmte Aussehen auf; in andern Fällen dagegen magert der Kranke auffallend rasch ab und verliert in wenig Wochen, selbst Tagen sein Embonpoint.

C. Nachdem die ersten Zeichen der allgemeinen Paralyse Wochen und Monate lang mehr isolirt oder in reichlicherer Combination sich gezeigt haben, wird der Zustand, meist unter Mitwirkung eingeschobener Exaltationsparoxysmen, mehr und mehr auffallend. Es lässt sich jezt unterscheiden:

1) ein permanenter, aber progressiver Habitus der Abschwächung.

Die Verminderung der psychischen Fähigkeiten und die Erlahmung und Beschränkung der Functionen tritt bald mehr nach einzelnen Richtungen hin hervor, bald ist sie allseitig: das Gedächtniss wird stumpf und erlischt mehr und mehr; Eindrüke und Gedanken werden nicht mehr festgehalten, gehen flüchtig vorüber; alle geistige Combination löst sich auf; die Wahnvorstellungen nehmen an Plattheit wie an Extravaganz zu, das Rühmen eingebildeter Grösse, Glükseligkeit gibt sich in immer stereotyper werdenden Aeusserungen kund; der Sinn für jede Beschäftigung verliert sich mehr und mehr; Neigung zu läppischen Spielen und zweklosem Herumtreiben wird überwiegend; eine zunehmende Gleichgiltigkeit stellt sich her. Der Fluss des psychischen Geschehens wird zusammenhanglos, immer häufiger unterbrochen von momentanem Stillstand; er wird meist zugleich langsamer und zögernder. Haltung und Selbstbeherrschung verliert sich mehr und mehr; der Kranke fängt an, sich äusserlich zu vernachlässigen. — Die Abstumpfung der Empfindung breitet sich weiter aus und wird vollkommener. Die Bewegungen werden immer auffallender unkräftig, unsicher, unterbrochen, stellenweise unmöglich und vornehmlich die Articulation der Worte und der Gebrauch der Beine äusserst beschränkt. — Abmagerung stellt sich ein oder sie macht Fortschritte.

2) Zwischendurch treten bei den meisten Kranken noch anfallsweise Exaltationen auf: bald nur in der Form lebhafter Zornausbrüche und grösserer Rigidität und Starrheit der Muskel oder grösserer Unruhe; bald maniacalischer Raptus, tiefe melancholische Zerknirschung mit anhaltendem Weinen und Wehklagen, Paroxysmen von Eigensinn, zuweilen mit Nahrungsverweigerung oder vorübergehend haftenden Grillen, sehr oft auch Convulsionen. Diese Anfälle hinterlassen fast immer eine grössere Abschwächung und einen Fortschritt in der allgemeinen Paralyse. Auch kommen nicht selten Unmachten, vorübergehendes Coma und Zufälle, welche einer Apoplexie ähnlich sind, aus welchen sich der Kranke zwar wieder erholt, nach welchen er aber jedesmal um so tiefer geschwächt ist.

In dieser Periode ist nicht nur der geistige Verfall, die Ausbildung des Blödsinns, sondern sind auch die motorischen Paralysen, die zwar noch incomplet sind,

aber auf beiden Körperhälften mehr oder weniger gleichmässig sich zeigen, nicht mehr zu verkennen. Man hat als ein unterscheidendes Merkmal für die motorische Lähmung bei der Cerebralparalyse angegeben, dass bei ihr die Muskelirritabilität nicht vermindert sei, eine Differenz, deren Wesentlichkeit aber nicht allgemein anerkannt ist.

D. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle schliesst sich nach mehrmonatlicher kürzerer oder längerer Dauer des eben genannten Stadiums und unter allmäliger Zunahme der Entkräftung ein Zustand an, in welchem fast aller Zusammenhang und alle Selbständigkeit im psychischen Geschehen verloren gegangen ist, die Sinne stumpf und unthätig und die Vorstellungen erloschen, die willkürlichen Bewegungen aufgehoben oder doch ganz unkräftig und uncoordinirt sind. Der Kranke vermag das Bett nicht mehr zu verlassen, er muss oft sogar gefüttert werden, er vermag kaum mehr ein vollständiges Wort auszusprechen, er verharrt in einem apathischen, an Somnolenz grenzenden Zustand, ruhig auf dem Rüken liegend. Sugillationen (am Ohr und an andern Stellen), Oedeme, Verschwärungen auf der Haut und brandiger Decubitus, der sich rasch ausbreitet, subcutane ausgedehnte Abscedirungen und Verjauchungen, Verschwärungen im Darme mit stinkenden profusen Diarrhoeen und unwillkürlichem Abgang stellen sich ein. Zulezt wird auch das Schluken unmöglich und ein comatöser Zustand mit Fieberhize, Sehnenhüpfen und zuweilen noch mit einzelnen stärkeren Zukungen und Convulsionen leitet den Tod ein.

E. Der Verlauf der progressiven allgemeinen Cerebralparalyse ist in vielen Fällen ein ziemlich gleichmässig zum Untergang fortschreitender, nur unterbrochen durch einzelne Aufwallungen und Anfälle, welche jedesmal von vermehrter Lähmung gefolgt sind. Doch kommen zuweilen in den früheren Stadien Stillstände, welche Monate und selbst Jahre lang anhalten, vor; sogar vorübergehende Besserung und temporärer Wiedergewinn der Functionsfähigkeit wird nicht selten beobachtet.

Nur in seltenen Ausnahmsfällen tritt nach begonnener Cerebralparalyse Herstellung ein.

In fast allen Fällen, in welchen nicht incidente Krankheiten vor Ablauf der Paralyse tödten, wird der Tod durch diese und ihre nächsten Folgen selbst (Verjauchungen, secundäre Abscesse) herbeigeführt und zwar gemeiniglich im zweiten Jahre nach Beginn der paralytischen Erscheinungen, zuweilen schon früher, in einzelnen sehr lentescirend verlaufenden Fällen erst nach einer Reihe von Jahren.

In den Leichen finden sich zwar in den meisten Fällen der progressiven Cerebralparalyse Veränderungen im Gehirn und selbst zuweilen bedeutende Störungen: allein keine ist bei der Cerebralparalyse so constant und bei keiner ist Cerebralparalyse so sicher vorhanden, dass sie als wesentliche anatomische Grundlage der allgemeinen Paralyse angenommen werden könnte, wenngleich mehrere derselben als bei ihrem Entstehen betheiligt angesehen werden müssen. Man findet:

Atrophieen in verschiedener Ausbreitung;

Erweichungen der Hirnrinde und Verwachsungen derselben mit der Pia;

hydropische Ansammlungen oder Verwachsungen und Verengerungen der Ventrikel;

Zähigkeit des Gehirns;

Oedem des Gehirns;

Erweichungen des Marklagers;

apoplectische Herde an der Peripherie des Gehirns und in dem Arachnoidealsake;

verschiedene, mehr beschränkte und untergeordnete Störungen im Gehirn und in seinen Hüllen;

extracephale Erkrankungen, welche die Cerebralparalyse compliciren.

Bemerkenswerth ist, dass das Kleinhirn fast in allen Fällen in voller Integrität sich gefunden hat. Unter den vorkommenden Veränderungen erscheinen die als die wichtigsten, welche die Hirnrinde und die Ventrikeloberfläche betreffen und es hat das Ansehen, dass alle allmälig destructiv wirkenden Processe an diesen Stellen bei genügender Ausbreitung die Erscheinungen der allgemeinen Cerebralparalyse hervorbringen können.

III. Therapie.

Bei der Seltenheit der Heilung der progressiven Cerebralparalyse ist das Verfahren überwiegend palliativ und besteht in der Aufgabe, durch hygieinisch-diätetische Mittel (möglichster Genuss frischer Luft, kräftigende, leicht verdauliche Diät, Reinlichkeit, Bäder), durch sorgfältige Pflege und etwa durch milde unterstüzende Medicamente (Amara, Eisen, China) den fortschreitenden Verfall nach Möglichkeit aufzuhalten, in den Exacerbationsanfällen beruhigend und mildernd einzuwirken und die Complicationen und extracephalen Störungen zu beseitigen oder zu beschränken. Es ist nicht ohne Aussicht, dass unter einem solchen Verhalten bei einem und dem andern Kranken das Fortschreiten der Paralyse verzögert, sistirt oder gar eine Herstellung erzielt werde. Ob leztere durch directe Eingriffe befördert werden könne, ist zweifelhaft.

Manche haben Blutentziehungen, Setaceen und andere Ableitungsmittel empfohlen. In neuester Zeit hat Lunier die combinirte Anwendung des Jodkaliums und Bromkaliums (übrigens in sehr kleinen Dosen, 1/2 Gran und weniger pro dosi und 1 1/2 Gran und weniger für den Tag) oder des Jod- und Bromeisens (in ebensolchen Mengen) als sehr erfolgreich in der progressiven Paralyse gerühmt (Annal. médico-psychol. B. V. 39). In zwei von mir mit jener Mischung unlängst behandelten Fällen von progressiver Cerebralparalyse schien der Fortgang sistirt und die Besserung unter dem Gebrauche eingeleitet zu werden.

4. Permanente Cerebralparalyse.

Eine permanente Paralyse der sämmtlichen Cerebralfunctionen findet sich nur in den äussersten Graden des angeborenen Blödsinns. S. diesen.

II. GEHIRNERKRANKUNGEN, WELCHE VON SPECIFISCHEN URSACHEN ABHÄNGEN.

I. Eine Anzahl von Störungen der Gehirnfunctionen ist nicht in ihrer Bedeutung richtig aufzufassen, wenn nicht die mehr oder weniger eigenthümliche, gewissermaassen specifische Ursache der Erkrankung in Betracht gezogen wird. Die Einzelsymptome können dabei dieselben sein, wie bei

Gehirnerkrankungen, die auf andere Weise entstanden sind; aber die Combinationen, der Verlauf und die Aussicht auf die Herstellung modificiren sich wesentlich durch die Art der Ursache, und die Therapie hat die aufmerksamste Rüksicht auf die leztere zu nehmen, theils weil ihre Curmethoden zuweilen danach geändert werden müssen, theils aber und vorzüglich, um der weiteren Einwirkung derselben Ursache nach Möglichkeit zu begegnen.

Der Begriff der Specifität der Ursache ist ein weiter und elastischer, und es kann in Bezug auf die Gehirnerkrankungen mit specifischer Ursache kein anderes Moment die Grenze liefern, als die practische Nüzlichkeit, indem solche Ursachen vornehmlich hieher zu rechnen sind, die in der That eine entschiedene Beziehung auf Hirnerkrankung und einen auffallenden Einfluss auf Modificirung der Symptome haben, und solche Erkrankungen, welche durch die Eigenthümlichkeit der Ursache wirklich eigenthümlich sich gestalten. Somit fällt eine Anzahl von Ursachen weg, welche allerdings auch Gehirnerkrankungen zuwegebringen können, wie Anstrengungen, Emotionen, Erkältungen etc. Es beschränken sich vielmehr die specifischen Encephalopathieen hauptsächlich auf die durch Intoxicationen und Infectionen bedingten Störungen, und nur wenige andere sind anzuschliessen, welche durch Ursachen hervorgebracht werden, die, obwohl nicht eigentliche Gifte und von aussen kommende Infectionen, doch in ihrer Wirkung mit diesen zahlreiche Anknüpfungspunkte haben.

Im Speciellen können folgende Intoxicationen und Infectionen als solche bezeichnet werden, welche Störungen des Gehirns in höherem Grade oder in eigenthümlicher Weise hervorrufen:

A. Toxische Gehirnkrankheiten in Folge der Einführung giftig wirkender unorganischer Substanzen. S. Band IV, pag. 7.

1) Die Bleiintoxication des Gehirns (Encephalopathia saturnina). S. Band IV, pag. 7.
2) Die Kupferintoxication des Gehirns. S. Band IV, pag. 22.
3) Die Quecksilberintoxication des Gehirns. S. Band IV, pag. 23.
4) Die Arsenintoxication des Gehirns. S. Band IV, pag. 31.
5) Die Jodintoxication des Gehirns. S. Band IV, pag. 37.
6) Vergiftung des Gehirns durch Kohlenoxydgas, Kohlenwasserstoff und Kohlensäure. S. Band I, pag. 195.
7) Vergiftung des Gehirns durch Kloakengas. S. Band I, pag. 196.

B. Gehirnaffectionen durch die Einführung organischer Gifte.

1) Die Alcoolstörungen des Gehirns. S. Band IV, pag. 40.
2) Die Aether- und Chloroformvergiftung des Gehirns.
3) Cerebralvergiftung durch Narcotica.
4) Cerebralsymptome durch Wurstgift. S. Band IV, pag. 66.
5) Tarantismus. S. Band IV, pag. 70.

C. Gehirnerkrankungen durch contagiöse und miasmatische Infection. S. Band IV.

1) Hundswuth. S. Band IV, pag. 71.
2) Syphilitische Gehirnaffectionen. S. Band IV, pag. 149.
3) Gehirnaffectionen bei acuten contagiösen und epidemischen Krankheiten. S. Band IV.
4) Malariaaffectionen des Gehirns. S. Band IV.
5) Pellagröse Gehirnkrankheit. S. Band IV.

D. Gehirnkrankheiten, welche durch Bestandtheile des Körpers selbst hervorgebracht werden. S. Band IV.

1) Die Pyämie. S. Band IV.
2) Die Nichtausscheidung der Harnbestandtheile. S. Band IV.
3) Icterus. S. Band IV.

II. Intoxicationen und Infectionen können für sich allein Encephalopathieen hervorrufen oder im Verein mit andern Ursachen.

Wenn die Intoxication oder Infection eine Störung des Gehirns für sich allein bedingt, so kann diese unmittelbar oder in kürzester Zeit nach Einführung der krankmachenden Ursache entstehen und sich entwikeln, oder erst nach mehr oder weniger langdauernder Unversehrtheit des Ge-

hirns auf einmal ohne bekannte neue Veranlassung die Störung des Organs hervortreten und zwar zuweilen plözlich und in der heftigsten Weise. Doch lässt sich vermuthen, dass in solchen Fällen troz der Abwesenheit jeder erkennbaren Veranlassung irgend eine verborgene Einwirkung den Ausbruch der Hirnsymptome determinirt habe.

Wenn Intoxicationen und Infectionen im Verein mit andern Ursachen Encephalopathieen herbeiführen, so können

jene und diese gleichzeitig und zusammen wirken und zwar in allen möglichen verschiedenen Antheilsgraden;

oder die Intoxication, die Infection besteht längst, aber ein Zufall, eine Einwirkung, eine Veränderung in dem Körper selbst, welche bei einem andern Individuum keine Gehirnsymptome hervorzubringen im Stande gewesen wäre, determinirt Erscheinungen, welche der toxischen Ursache ihrer Art nach mehr oder weniger entsprechen;

oder durch irgend eine genügende Ursache werden Gehirnstörungen hervorgebracht und selbst mehr oder weniger schwere anatomische Veränderungen im Hirn und in seinen Häuten können vorhanden sein; aber die Symptome dieser Störungen sind in Folge früher stattgehabter oder nachträglich erfolgter Intoxicationen oder Infectionen mehr oder weniger eigenthümlich modificirt.

Die Intoxicationen und Infectionen reichen, wenn sie intensiv genug sind, für sich vollständig hin, nicht nur leichtere, sondern auch die schwersten Symptome von Hirnerkrankung hervorzubringen. Wo diess unmittelbar nach der Einführung der Ursache geschieht, ist der causale Zusammenhang leicht zu erkennen; wo aber erst nach längerer Zeit die Störungen des Hirns sich herstellen, ist nur an deren specifischem Character ihr Ursprung und ihre wesentliche Ursache zu diagnosticiren, und es geschieht alltäglich, dass bei Hirnstörungen, deren Eigenthümlichkeit auf eine specifische Ursache hinweist, die Anamnese die frühere, wenn auch oft vor langer Zeit stattgehabte Einwirkung einer solchen herausstellt. Denn wenn nicht alle, so zeigen doch viele Intoxicationen und Infectionen das eigenthümliche Verhalten, dass selbst nach lange vorübergegangener Einführung der Ursache der Ausbruch specifischer Hirnsymptome noch erfolgen kann. Bei einzelnen ist diese Fähigkeit, nach langer Zeit noch entsprechende Symptome vom Gehirn hervorzurufen, ganz unzweifelhaft, wie bei Blei, bei Alcool, bei Syphilis; bei andern dagegen pflegt kurze Zeit nach der Einführung der toxischen Ursache ihre Fähigkeit, auf das Gehirn zu wirken, zu erlöschen, wie bei Scharlach, bei Typhus; bei andern endlich ist die Dauer der Wirksamkeit nicht mit Sicherheit zu begrenzen und es machen wenigstens einzelne Beobachtungen eine nach langer Latenz noch mögliche Entstehung von Hirnzufällen durch die specifische Ursache nicht unwahrscheinlich: bei der Hundswuth, Malaria, pellagrösen Infection. — Es kommt bei Intoxicationen der ersteren Art nicht selten vor, dass lange Zeit, nachdem die specifische Ursache nicht mehr eingewirkt zu haben scheint, und zwar ohne irgend eine bekannte Veranlassung ganz characteristische, nur der Intoxication zuzuschreibende Hirnsymptome auftreten. So finden sich Bleiconvulsionen, Säuferdelirien, Säuferfatuität bei Subjecten, welche längst nicht mehr dem Einfluss der besonderen Ursache sich ausgesezt haben; doch ist es nicht unwahrscheinlich, dass in solchen Fällen Umstände, die der Beobachtung sich entziehen, von determinirendem Einflusse sind, und wenn diess auch nur die natürliche Altersdecrepidität ist, welche den Widerstand gegen die Ursache schwächt, der in jüngeren und kräftigeren Jahren mit Erfolg von dem Organismus der Schädlichkeit entgegengesezt wurde. Andererseits sieht man aber auch oft, dass grobe Veranlassungen, heftige Emotionen, Verlezungen des Kopfes, Einwirkung neuer und anderer Schädlichkeiten den Ausbruch specifischer Hirnsymptome bedingen, deren Character jezt erst verräth, dass das Individuum fortwährend unter einem toxischen Einfluss gestanden hatte, wenngleich längst die giftige Substanz nicht mehr zugeführt worden war. — Noch mehr aber bemerkt man die complementäre Wirkung toxischer und nicht specifischer Einflüsse in den Fällen, wo die Infection frisch ist oder eine fortwährende Einführung giftig wirkender Substanzen stattfindet. Der

Bleiarbeiter, der immer von Delirien frei geblieben war, wird plözlich davon befallen, weil er eine heftige Gemüthsbewegung erlitten hat, oder von Convulsionen nach einem Schrek, der habituelle Säufer verfällt ebenso gewöhnlich erst dann in Manie, wenn neue Einwirkungen sein Gehirn treffen; die Symptome nach einem zufälligen Hirnextravasat, ein typhöses Delirium, eine transitorische Manie, die Hirnerscheinungen im lezten Stadium der Tuberculose nehmen bei dem Säufer, bei dem Bleikranken in den meisten Fällen die eigenthümliche Färbung an. Auch geschieht es nicht selten, dass eine neue Intoxication gleichsam die alte wekt und dass dadurch complicirte Formen entstehen, die nur dann zu verstehen sind, wenn man die frische Ursache und die vorausgegangene beide in Betracht zieht.

III. Intoxicationen und Infectionen können alle Arten von Einzelsymptomen des Gehirns und von functionellen Symptomencomplexen, von den leichtesten bis zu den schwersten hervorrufen: Sensibilitätserscheinungen, psychische, motorische Anomalieen jeder Art und Combination, hypnoide und thanatoide Zustände und alle Complicationen von solchen. Doch lässt sich bei genauerer Beachtung erkennen, dass jede Art von Infection überwiegend eine Form oder eine beschränkte Anzahl von Formen von Hirnstörung hervorzurufen geneigt ist, dass demnach diese einen von den Ursachen bestimmten specifischen Character haben, wenngleich man nicht erwarten darf, diesen stets in vollkommener Reinheit zu finden. Es sind namentlich die Charactere um so verwischter und unreiner, je mehr noch andere Ursachen zu der Entstehung der Hirnkrankheit mitwirken.

Bei aller Verschiedenheit und Mannigfaltigkeit der Symptome stellen sich die von Intoxicationen und Infectionen abhängigen Hirnsymptome doch stets in einer der folgenden Typen dar:

in der Form der Exaltation, welche bald mehr nur den Character fortdauernder Gereiztheit, bald ein mehr paroxystisches Verhalten zeigt;

in der Form der Narcose, welche am häufigsten bei frischen Einwirkungen, doch auch oft nach längst vorübergegangener Einführung der Ursache eintritt und nicht selten dem Typus der Exaltation nachfolgt, oft auch von ihm unterbrochen ist;

in der Form der Paralyse, welche sich auf die sensoriellen, psychischen oder motorischen Erscheinungen oder auf mehrere zumal beziehen kann, meist zuerst nur eine beschränkte Verbreitung hat, aber von den partiellsten Anfängen allmälig zu grosser Ausdehnung fortschreiten kann.

Der Verlauf der toxischen Hirnzufälle stellt sich nicht nur nach der Verschiedenheit der specifischen Ursachen, sondern auch nach zahlreichen andern Umständen und Verhältnissen sehr verschieden dar. Er kann sein:

transitorisch, vornehmlich bei frischen Einwirkungen von nicht zu grosser Intensität, doch häufig auch bei den durch eine Gelegenheitsursache gewekten Hirnstörungen aus inveterirter Intoxication oder Infection;

intermittirend in den meisten Fällen der inveterirten Constitutionserkrankung, wobei die einzelnen Paroxysmen und Paroxysmengruppen entweder spontan auftreten oder jedesmal durch eine neue Veranlassung herbeigeführt werden;

acut tödtlich bei intensiven frischen Infectionen und Intoxicationen, bei inveterirten, vornehmlich wenn eine schwere accessorische Gehirnkrankheit sie gewekt hat, oder aber auch wenn nach andern Beziehungen die Verhältnisse ungünstig sind;

continuirlich, vornehmlich in der Form der Paralyse, etwas seltener bei der der Exaltation.

IV. Die Grundsäze der Behandlung der von toxischen Ursachen und Infectionen abhängigen Hirnkrankheiten sind:

1) die specifische Ursache ist zu entfernen, zu neutralisiren, unschädlich zu machen. Diess ist nur in frischen Fällen möglicher Weise von raschem Erfolg (Antidota, Brechmittel); in inveterirten Fällen kann die Entfernthaltung oder Neutralisirung der Ursache zwar die Beseitigung der Hirnzufälle und die Abhaltung ihres Wiedereintritts nicht verbürgen, ist aber, sofern sie möglich ist, doch nie zu vernachlässigen, um nicht die Quantität der schädlichen Ursache weiter zu häufen.

2) Abhaltung anderer schädlicher Einflüsse vom Gehirn oder Ermässigung und Beseitigung solcher, welche das Gehirn schon getroffen haben, ist in inveterirten Intoxicationen und Infectionen von ebenso grosser Wichtigkeit, als die Rüksichtnahme auf die specifische Ursache.

3) Verminderung der Hirnhyperämie, wenn solche vorhanden ist, trägt stets dazu bei, den Einfluss der specifischen Ursache auf das Gehirn zu ermässigen oder zu beschränken.

4) Die symptomatische Behandlung der einzelnen Phänomene ohne weitere Rüksichtnahme auf die specifische Ursache ist bei allen heftigen, gefährlichen oder lästigen toxischen Hirnerscheinungen unerlässlich. Sie ist zwar nur von palliativem Erfolg und vermag im besten Falle nur die Manifestationen der Constitutionskrankheit bis auf Weiteres zu tilgen und zu heben, aber diess ist in allen inveterirten und in vielen frischen Fällen das einzig Erreichbare, und es bleibt nach dem Gelingen dieses einstweiligen Erfolgs die Aufgabe, durch Abhaltung der Gelegenheitsursachen den Wiederausbruch zu verhüten oder doch nach Möglichkeit zu verspäten.

5) Die Behandlung aller Complicationen in extracephalen Organen, mögen sie in einer Beziehung zu der Gehirnstörung stehen oder nicht, ist nicht zu versäumen.

A. DIE ÄTHER- UND CHLOROFORMVERGIFTUNG DES GEHIRNS.

I. Die toxischen Erscheinungen, welche durch die Incorporation von Aether und Chloroform hervorgebracht werden, liegen theils in der Absicht der Anwendung, theils überschreiten sie diese, oder werden sie durch zufällige Einführung des Mittels hervorgerufen. In den meisten Beobachtungen wurde die Aether- und Chloroformintoxication in Folge des Einathmens dieser Mittel zustandegebracht, in einigen aber auch durch die Einführung derselben in den Magen, wobei bis zu vier Unzen des Mittels auf einmal verschlukt wurde. — Die Individualität scheint von Einfluss auf die Art und Weise und auf die Succession der toxischen Aether- und Chloroformsymptome zu sein, indem man bei nicht wenigen Subjecten eine Abweichung von den gewöhnlichen Folgen der Inhalation beobachtete und da zumal die gefährlichen und tödtlichen Erscheinungen in der Mehrzahl der Fälle bei schwächlichen, heruntergekommenen, nervösen, ängstlichen

und aufgeregten Menschen eingetreten sind. — Neben der Menge des eingeführten Chloroforms ist von wesentlichem Miteinfluss auf den Eintritt der Erscheinungen seine Verdünnung mit Luft, indem eine mässige Beimischung des Chloroforms zu respirabler Luft nur sehr geringe Grade von Intoxication hervorzubringen vermag, die schwereren Grade und vornehmlich die tödtlichen Fälle dagegen hauptsächlich bei concentrirter Anwendung des Mittels eintraten, wobei mehr als 6 oder 10 Procente Chloroformdampf der atmosphärischen Luft beigemischt sind. Wie weit andere Beimengungen und Verunreinigungen die Symptome modificiren, ist bis jezt nicht sicher ausgemittelt. — Dem Aether und Chloroform analog oder vollkommen gleich wirkt eine Anzahl anderer Substanzen von ähnlicher chemischer Beschaffenheit.

II. Die Vergiftungszufälle sind am genauesten bei der Anwendung des Chloroforms erforscht, und es verdient dieses, da es am häufigsten nicht nur bei Operationen, sondern auch im Verlaufe innerer Krankheiten in toxischer Dose zur Anwendung kommt, vorzugsweise in Betreff seiner Wirkungen eine nähere Beachtung.

A. Am häufigsten erscheint die toxische Wirkung des Chloroforms als eine transitorische oder höchst acute, welche nur kurze Zeit, übrigens etwas länger als die des Aethers, die Incorporation überdauert. Die Wirkungen des Mittels bei dieser vorübergehenden Form sind sowohl den Symptomen, als auch und besonders dem Grade nach sehr wesentlich verschieden. Die Symptome aber und die Grade stellen eine Art von Reihenfolge der Wirkung dar, in der Art, dass die Symptome in einem Abschnitt des Nervensystems und der von demselben abhängigen Organe beginnen, bei fortgesezter Anwendung auf andere Abschnitte überschreiten und so allmälig oder rasch die Gesammtheit der Nervencentra in ihren Functionen beeinträchtigen oder aufheben. Dabei stellen die später eintretenden Symptomencomplexe durchaus die höheren und gefährlicheren Grade dar. Jedoch ist dieses Fortschreiten der Wirkung von einem Theil auf den andern theils nicht vollkommen übereinstimmend in den einzelnen Fällen, theils findet es mit verschiedener Schnelligkeit statt. In der Regel scheint die Wirkung von den Grosshirnlappen auf das Kleinhirn und von da auf die Oblongata überzuschreiten.

Im Speciellen sind die Erscheinungen, wie sie in langsamerer oder rascherer Aufeinanderfolge aufzutreten pflegen und wobei die Wirkung auf jeder Stufe cessiren kann, folgende:

1) Symptome der vorübergehenden Narcose.

a) Verminderung und Aufhebung der Schmerzempfindungen, verbunden mit undeutlichen subjectiven Gefühlen (Pelzigsein, Ameisenlaufen, Schwindel, Wärme und Kälte);

b) bald darauf die Erschlaffung der willkürlichen Muskel und die Verminderung oder Aufhebung des Willenseinflusses auf sie;

c) zuweilen gleichzeitig, zuweilen erst später die Verminderung und das Erlöschen der Sinnesthätigkeit;

d) Schlaf, bald mit Träumen, welche zuweilen an nicht ganz erloschene

Empfindungen anknüpfen, bald ohne solche und übergehend in vollkommene Betäubung.

Im Anfange dieser Symptomenreihe ist der Puls, wahrscheinlich in Folge der Gemüthsstimmung, etwas beschleunigt, wird aber im Verlaufe der Narcose seltener und ruhiger; auch die Respiration ist ruhig und langsam.

2) Symptome der Reizung. Sie treten zuweilen so rasch ein, dass die ganze erste Reihe der Symptome zu fehlen scheint, oder auch wirklich ausbleibt, oder doch äusserst kurz ist. Andererseits fehlen diese Symptome der Reizung selbst zuweilen und nicht nur in solchen Fällen fast immer, in welchen die Einwirkung der Substanz eine sehr mässige bleibt, sondern auch in solchen, in welchen der Tod erfolgt. Sie sind:

a) höchst lästige Hyperästhesieen, welche, wenn auch nicht als Schmerz, doch in der peinlichsten Weise empfunden werden; sie stellen sich bald mehr als unbestimmte Gefühle, bald als die Empfindung eines Krampfes, einer Brustbeklemmung, Angst u. dergl. dar;

b) Delirien oft von der furibundesten Art;

c) allgemeine Convulsionen und tonische Erstarrung;

d) vielleicht zuweilen Localkrämpfe (Glottiskrampf, Krämpfe des Bulbus etc.).

In der Periode der Excitation wird der Puls häufig etwas beschleunigt und bleibt es, solange die Aufregung fortdauert; auch die Respiration wird zuweilen frequenter und etwas unregelmässig.

Die Erscheinungen der Excitation können, wenn die Chloroforminhalationen suspendirt werden, sich ermässigen und von dem narcotischen Schlafe gefolgt sein.

3) Die Erscheinungen der Lähmung und des Collapsus, welche zuweilen in allmäliger Vorbereitung, zuweilen aber auch ganz plözlich und in der unerwartetsten Weise eintreten. Sie können in verschiedenen Theilen zumal oder nur in einzelnen oder in mehreren successiv erfolgen. Am vollständigsten und niemals fehlend ist die vollkommene Suspension der psychischen Functionen; daran schliessen sich einseitige oder beiderseitige Lähmungen im Gesicht, Lähmung der Zunge mit Rükwärtslagerung derselben über den Eingang des Larynx, dadurch Verdekung des lezteren mittelst der Epiglottis, vielleicht Lähmung der Glottis, Lähmung der Respirationsmuskel, Lähmung des Herzens. Nur wenn die Erscheinungen der Lähmung und des Collapsus in sehr mässigem Grade, in örtlicher Beschränkung und erst wenige Augenblike vorhanden sind, ist eine Wiederbethätigung der Functionen und dadurch eine Rettung des Lebens möglich; sonst erfolgt der Tod, der zuweilen eingetreten ist, ehe man nur Bedenken erregende Erscheinungen gewahr wurde. — Mit den Symptomen der Lähmung und als Folgen derselben treten eine plözliche Entstellung des Gesichts mit bleicher oder etwas cyanotischer Färbung, Kälte der Hände, zuweilen kurze Zukungen, Aufhören der Respirationsbewegungen, Kleinwerden und zuweilen Stillstehen des Pulses ein.

Besondere Umstände, wie z. B. die Art der Krankheit, an welcher das Individuum leidet, vorausgegangene Anämie oder Blutverluste, welche

während der Chloroformirung eintreten, die Art der chirurgischen Operation können Modificationen in den Symptomen und ihrem Verlauf bedingen, welche hier nicht weiter auseinanderzusezen sind.

In den Fällen, in welchen nur die niederen oder mittleren Grade der Chloroformirung hervorgebracht wurden, erholt sich der Kranke sehr bald, hat meist keine oder nur eine unvollkommene Erinnerung an das, was er während der Chloroformwirkung erlebt hatte. Es bleiben zuweilen einige Zeit lang noch Wüstheit und Eingenommenheit des Kopfes, Schwere der Glieder und verschiedene unbestimmte, mehr oder weniger unangenehme Sensationen zurük.

B. Von in die Länge gezogenen und ausdauernden Wirkungen des Chloroforms hat man bis jezt nur wenige Beobachtungen. Sie sind in der Form ähnlich den transitorischen, weichen aber in der Aufeinanderfolge der Symptome von ihnen ab; doch lassen sich darüber bis jezt keine allgemeinen Thatsachen aufstellen.

Ein genau beobachteter Fall von Aran (Bull. de Therapeut. XLII. 297) ist bei der Seltenheit prolongirter Chloroformvergiftungen von besonderem Interesse. Ein 31jähriger Maler, welcher von heftiger Bleicolik befallen war, wurde mit Chloroform in äusserlicher Anwendung auf den Leib, in innerlicher und zugleich in Klystirform behandelt. Nach 8tägiger Fortsezung dieses Verfahrens waren die Coliken bereits verschwunden und hatte sich normaler Stuhl eingestellt, als der Kranke durch einen Missgriff bei Nacht aus einer reines Chloroform enthaltenden Flasche trank und eine starke Portion verschlukte. Er fühlte sofort heftige Hize und Brennen im Rachen, Oesophagus und Magen, beeilte sich, weil er seinen Irrthum erkannte, eine grosse Menge Wasser zu trinken, und versuchte zu erbrechen, was aber nur unvollkommen gelang. Zehn Minuten darauf bekam er Knirschen mit den Zähnen, und fing an, ununterbrochen zu reden, sezte sich aufrecht im Bette, hatte glänzende Augen, ein lebhaft bewegtes Gesicht und schien seine Umgebung nicht zu kennen, sang bald, bald hielt er Reden; aber Kneifen, Zerren und Stechen machte keinen Eindruk auf ihn. Auf Fragen schien er zu hören und antwortete mit einem unarticulirten Ton, um alsbald wieder seinen Gesang oder seine Rede wieder aufzunehmen. Die Muskel des Gesichts und der Glieder zitterten, die Hand machte automatische Bewegungen gegen den Mund, als wollte er davon etwas wegreissen. Die Pupille war beweglich, weder erweitert, noch verengt, das Gesicht erloschen; der Puls hatte 72—80 Schläge. 20—30 Minuten nachher legte sich der Kranke hin und fiel in einen Schlaf, der anfangs nicht sehr tief war, aber es immer mehr wurde, und in eine vollkommene Betäubung mit Schnarchen, allgemeiner Anästhesie und Erschlaffung der Glieder überging. Die Bulbi standen nach oben, die Pupillen blieben wie früher, die Lider waren herabgesunken, die Respiration zeigte kein Hinderniss. Etwa vier Stunden nach der Einführung des Chloroforms öffnete der Kranke hin und wieder die Augen, aber ohne zu sprechen, schnarchte nicht mehr und schien auch seine Umgebung zu erkennen. Als man ihn eine Stunde darauf ins Bett brachte, schwankte er auf den Beinen und erschien wie ein Trunkener. Wieder niedergelegt verfiel er alsbald in einen ruhigen Schlaf, aus dem er nach mehreren Stunden erwachte, nur etwas erschöpft mit eingefallenem und entstelltem Gesicht. Er erholte sich in wenigen Tagen.

Ein in England vorgekommener, noch länger dauernder Fall wird ohne Citat (in dem Canstatt'schen Jahresbericht für 1852, V. 150) mitgetheilt. Ein 22 Jahre alter Mensch, der betrunken zu sein schien, trat in eine Barbierstube ein, wo er sich auf eine Bank warf und einschlief. Zwei Stunden später wollte man ihn weken, aber er befand sich in Coma, seine Haut war kalt, die Pupillen weit geöffnet, für Licht unempfindlich; die Respiration war sehr ruhig, der Puls hatte 65 Schläge und war sehr klein, der Athem roch nach Chloroform. — Der comatöse Zustand wurde immer tiefer und es vergingen in dieser Lage, wo die Haut kalt und bleich, der Athem schnarchend ward, noch 10 Stunden. Der Puls hatte kaum 50 Schläge, war sehr schwach und unterdrükt. Am andern Morgen erholte sich der Kranke unter heftigen Kopfschmerzen, fieberhaften Bewegungen und diese Symptome währten nicht lange. Man erfuhr nunmehr, dass er 4 Unzen Chloroform gekauft und auf einmal verschlukt hatte.

Von unglüklichem Ausgang war ein Fall von Pamard (Académie de Méd., Sizung vom 6. April 1852 in Gaz. méd. C. VII. 243), der als Beispiel einer länger dauernden Chloroformwirkung vielleicht angesehen werden kann. Bei einem Manne von 27 Jahren wurde unter Anwendung des Chloroforms eine operative Entfernung eines auf dem Knochen aufsizenden Tumors am oberen Theil des Unterschenkels mit Erfolg vorgenommen. Vor Beendigung der Operation trat eine beunruhigende Syncope ein, gegen welche Ammoniak und darauf warme Umschläge über die Präcordialgegend und die Glieder angewandt wurden. Aber die Wärme kehrte nicht wieder und der Puls blieb unfühlbar. Der Kranke, obwohl bei Bewusstsein, war ohne Klagen, höchst ermattet, kraftlos und kalt. In der folgenden Nacht trat einiges Delirium ein, des andern Tags gleiche Kälte und Pulslosigkeit, während der Kranke erklärte, keine Beschwerden zu haben, dagegen von Erbrechen befallen wurde. Vier Tage lang blieb der Zustand im Gleichen, als nach einigem Schmerz im Bein ein Brand daselbst begann, der bis zum Knie sich ausbreitete und nach fünf Tagen tödtlich wurde. In der Leiche fand man keine Veränderungen in den Arterien und überhaupt keine Störung, welche die Gangränescenz und den Tod erklärte. Allerdings ist in diesem räthselhaften Falle die Abhängigkeit der mit der Chloroformirung eintretenden Anomalie der Circulation und des davon hervorgebrachten Brandes nicht mit Sicherheit zu erweisen.

C. Der Tod scheint bei Chloroformvergiftung auf verschiedene Weise eintreten zu können:

von den Respirationsorganen aus. Die häufigste Ursache des Chloroformtodes ist die Paralyse der Respirationsbewegungen, wahrscheinlich abhängig von dem Einfluss des Mittels auf das verlängerte Mark; das Herz kann in diesen Fällen noch einige Minuten fortpulsiren, nachdem die Respiration schon aufgehört hat. Es kann aber auch der Tod durch mechanische Erstikung in Folge der Verdekung des Larynxeinganges durch Zunge und Epiglottis, durch krampfhafte Verschliessung der Glottis, durch Ansammlung von Schleim in der Stimmrize, ferner bei sehr concentrirter Einführung durch den Mangel an respirabler Luft eintreten;

seltener vom Herzen aus durch Paralyse und Stillstehen desselben;

ohne Zweifel zuweilen durch eine Art von Apoplexia nervosa mittelst einer plözlichen gänzlichen Suspension aller Functionen;

zweifelhaft ist es, ob eine durch das Chloroform herbeigeführte Veränderung des Blutes zuweilen Ursache des Todes sei;

endlich ist es unzweifelhaft, dass in vielen Fällen, wo der Tod unter der Chloroformwirkung eintrat, derselbe nicht durch das Chloroform, sondern durch Nebenumstände bedingt wurde.

Die Erscheinungen der Chloroformirung sind durch unendlich zahlreiche Beobachtungen an Menschen und an Thieren bis zu einem ziemlichen Grade von Sicherheit festgestellt. Die progressive Ausdehnung der Chloroformwirkung über die verschiedenen Theile des Gehirns hat besonders Flourens nachgewiesen.

Die Zahl der Unglüksfälle durch die Anwendung des Chloroforms, ebensowohl durch sorgfältige wie durch unvorsichtige, ist allmälig zu einer ziemlichen Summe gewachsen; sie sind bis zum Jahr 1849 besonders von Berend (Zur Chloroformcasuistik 1850) gesammelt; seither haben sie sich aber noch beträchtlich vervielfältigt (s. dessen Schrift: Zur Chloroformfrage 1852, pag. 41), wozu jedoch noch mehrere neue Fälle kommen. — Die Frage über die Ursache des Todes der Chloroformirten ist seit den ersten Beobachtungen Gegenstand einer vielfachen Discussion gewesen. Es ist nicht möglich, hier in die ausführlichen, mehr in das Gebiet der Toxicologie gehörenden Erörterungen einzugehen und es muss genügen, auf wenige hervorragende Leistungen hinzuweisen. Die primäre Cessation der Athmungsbewegungen hat vornehmlich Bickersteth (Monthly journ. Sept. 1853. Mitgeth. in Arch. gén. E. III. 1) erwiesen. Obwohl derselbe in seinen Experimenten, wie in mehreren Beobachtungen von Individuen, welche durch Chloroformirung dem Tode nahe kamen, fand, dass die Respiration vor den Herzbewegungen aufzuhören begann, so hebt er doch selbst hervor, dass bei einzelnen chloroformirten Menschen mit dem Beginn der

chirurgischen Operation ein plözliches Aufhören des Pulses eintrat, und wenn auch in seinen Fällen dieser Zufall ohne Störung der Respiration vorüberging, so hält er es doch für möglich, dass in einzelnen tödtlichen Fällen auch in dieser Weise die Catastrophe eingeleitet werden könne. Stanelli (Deutsche Klinik 1850 Nro. 32—35) hat gleichfalls den Chloroformtod als von den Respirationsorganen ausgehend bezeichnet und nimmt als Ursache die Anhäufung von Schleim in der Stimmrize an. Dieses Moment, wenn gleich in einzelnen Fällen wahrscheinlich wirksam, kann doch nicht als gewöhnliche Ursache des Todes angesehen werden. Coffin (L'union méd. VI. 576) und einige Andere fanden bei den durch Chloroformiren asphyctisch Gewordenen den Eingang des Larynx durch Kehldekel und Zunge verschlossen. Mehrere sind der Ansicht, dass der Chloroformtod als Folge einer Zersezung oder Infection des Bluts herbeigeführt werde: z. B. Clemens (Deutsche Klinik 1850 Nro. 51 u. 52 u. 1851 Nro. 3 u. 4). Dieser Ansicht ist besonders Berend entgegengetreten (Arch. f. physiol. Heilk. XI. 308) und hat (Zur Chloroformfrage 1852) die Ansicht über die Zufälligkeit des Chloroformtodes und seine Abhängigkeit von Nebenumständen vertheidigt. Sicherlich ist das Vorfinden des Chloroforms in der Leiche in keiner Weise als Beweis anzusehen, dass der Tod durch das Chloroform erfolgte. — Vergl. auch Bouisson (Traité théor. et prat. de la méth. anesthésique etc. 1850).

III. Eine Therapie der Chloroformvergiftung tritt erst dann ein, wenn der zweite oder gar der dritte Grad der Affection sich einstellt.

Beim zweiten Grade, bei den Erscheinungen der Reizung genügt die Entfernung des Chloroforms.

Sobald dagegen Symptome der Paralyse und des Collapsus sich einstellen, so muss unverzüglich nicht nur das Chloroform gänzlich entfernt, sondern durch alle zu Gebote stehenden Mittel das Athmen unterhalten und wieder angeregt werden: durch Besprizen des Gesichts mit kaltem Wasser, Vorziehen der Zunge, Aufrichtung des den Eingang der Luftröhre verschliessenden Kehldekels, überhaupt durch weites Oeffnen der Mund- und Rachenhöhle durch Einführung der Finger in den Mund, Einblasen von Luft, nach Einigen durch Einathmen von Sauerstoff. Wenn die Respiration dadurch nicht hergestellt wird und die Herzbewegungen noch fortdauern, der Tod also noch nicht eingetreten ist, so kann die operative Eröffnung des Kehlkopfs und das Einblasen von Luft durch diese Oeffnung indicirt sein. Der Gebrauch von Ammoniak und von andern theils als Riechmittel, theils innerlich zu applicirenden Medicamenten, von Klystiren, das Frottiren der Glieder sind von zweifelhaftem Nuzen; doch ist in dringlichen Fällen gegen die Anwendung einer noch strittigen Medication nichts einzuwenden, wenn nur das hauptsächlichste Verfahren, nämlich die Bethätigung der Respirationsbewegungen, nicht dabei versäumt wird. In demselben Sinne ist die Vornahme einer Venaesection, die Anwendung der Electricität, wenn sie alsbald geschehen kann, durchaus zu billigen.

B. CEREBRALVERGIFTUNG DURCH NARCOTICA.

S. über die Opiumvergiftung Bd. IV. pag. 55; über die durch Mutterkorn pag. 61.

Die übrigen Narcotica unterscheiden sich in ihrer Wirkung vom Opium und unter einander theils durch untergeordnete Modificationen der Hirnzufälle, welche sie hervorrufen:

durch den Grad der Betäubung, —

durch die Heftigkeit und zum Theil den Character der Hallucinationen und Delirien, —

durch den Eintritt von convulsivischen Zufällen, —
durch den Anschluss paralytischer Zustände, —
durch die Intensität und Raschheit ihrer Giftwirkung;
theils durch die Gewebs- und Functionsalterationen, welche sie in einzelnen Eingeweiden hervorzubringen pflegen.
S. darüber die Werke über Toxicologie.

III. ANATOMISCHE STÖRUNGEN DES GEHIRNS UND SEINER WEICHEN HÜLLEN.

Die anatomischen Störungen des Gehirns und seiner weichen Hüllen, welche in morphologischer Hinsicht nicht wesentlich oder nur in untergeordneten Beziehungen von den anatomischen Veränderungen anderer Theile, namentlich der Parenchyme einerseits, der serösen Häute und fibrösen Membranen andererseits sich unterscheiden, bedingen weniger, als die Läsionen der meisten andern Organe, directe und objectiv wahrnehmbare Modificationen der physicalischen Verhältnisse. Diess erschwert im höchsten Grade die scharfe Erkennung jener Störungen während des Lebens. Die Erscheinungen, welche deren Entwiklung, Gegenwart und Verlauf hervorruft, sind zunächst Veränderungen in dem functionellen Verhalten des Gehirns, wie solche auch bei voller anatomischer Integrität vorkommen können. Alle Einzelphänomene und Complexe functioneller Abweichungen, welche in Folge von Reizung, von Torpor, von Narcotisirung des Organs sich herstellen können, treten auch als Symptome anatomischer Störungen auf, und die wesentlichsten Elemente des Krankheitsbildes der lezteren sind jene einzelnen Erscheinungen, wie Kopfschmerz und Schlafsucht, Hallucinationen und Delirien, Unmachten und Zukungen etc., sowie alle die oben betrachteten complicirten Vereinigungen und Successionen von Phänomenen, die Reizbarkeit des Gehirns, die psychische Verwirrung und Zerrüttung, die epileptischen und andern Krämpfe, der Blödsinn und die Paralysen etc. Alle functionellen Anomalieen in jeder Vereinzelung, wie in jeder Combination wiederholen sich hier in der Bedeutung von Symptomen der materiellen Alterationen des Organs. Hiezu kommen aber noch gemeiniglich abgeleitete und consecutive Störungen in extracephalen Organen und in der Gesammtconstitution, welche theils von der Besonderheit des localen Processes abhängen, theils durch die Eigenthümlichkeit des leidenden Organs bedingt sind. So sehr diese manchen Zufälligkeiten unterworfen sind und oft nur einen losen Zusammenhang mit den wesentlichsten Vorgängen in dem kranken Organe haben, so sind sie für das diagnostische Urtheil um so unentbehrlicher, als bei so schwierig durchschaubaren Objecten kein Moment für die Orientirung ohne Nachtheil vermisst werden kann.

Nur durch Herbeiziehung und Benützung aller zur Aufklärung des Falls beitragenden Verhältnisse ist es möglich, in diesem Gebiete der Diagnostik zu derjenigen Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit des Urtheils zu gelangen, welche den Umständen nach erreicht werden kann. Dabei ist es aber nöthig, stets festzuhalten:

1) dass eine grosse Anzahl anatomischer Störungen der verschiedensten und jeglicher Art vollkommen latent oder eine Zeitlang latent sein und bei ungetrübtem Wohlbefinden bestehen kann;

2) dass in vielen Fällen nur eine allgemeine oder consecutive extracephale Störung ohne Hinweisung auf das leidende Gehirn sich zeigt;

3) dass oft die Symptome nur den Schluss zulassen, dass das Gehirn überhaupt erkrankt sei, ohne weder über Art noch Siz der Störung Aufschluss zu geben;

4) dass die Entscheidung, ob bei entschiedener Störung des Gehirns diese die wesentliche oder nur untergeordnete und consecutive Affection sei, häufig unmöglich ist;

5) dass ebenso die Entscheidung oft unsicher bleibt, ob das Gehirn nur von einer functionellen Anomalie oder von einer anatomischen Läsion befallen sei;

6) dass endlich eine bestimmte Diagnose des näheren Sizes der Läsion im Gehirn und noch mehr die Feststellung der Art der anatomischen Störung und des krankhaften Processes daselbst meist nur mit Wahrscheinlichkeit, in einer kleinen Anzahl von Erkrankungsformen und Einzelfällen mit annähernder Sicherheit erwartet werden kann.

A. ANGEBORENE ANOMALIEEN.

1. Angeborene abnorme Kleinheit des Gehirns (Hirnarmuth, Agenesie des Gehirns, congenitale Atrophie, Microcephalie).

Die angeborene Kleinheit des Gehirns wurde ausser in den Werken über Entwiklungsgeschichte, Monstrositäten und pathologische Anatomie besonders von Cazauvieilh (Arch. gén. A. XIV. 5) und Breschet (ibid. XXV. 454) behandelt. Dieselbe findet sich übrigens vielfach gleichzeitig mit Idiotismus abgehandelt.

I. Aetiologie.

Die Ursachen der Agenesie des Gehirns sind sehr dunkel. Sie fällt häufig zusammen mit constitutionellem Cretinismus. In vielen Fällen scheinen Krankheiten des Uterus während der Schwangerschaft und Erkrankungen des fötalen Gehirns selbst die Ursache der unvollständigen Entwiklung zu sein, oder ist die unvollständige Ausbildung des Gehirns in der reichlichen Anwesenheit von Wasser (Hydrocephalie) begründet.

II. Pathologie.

A. Die Kleinheit des Gehirns ist bald total, bald partiell.

In manchen Fällen von totaler Kleinheit ist das Gehirn dabei zwar nach allen einzelnen Theilen wohlgebildet und harmonisch entwikelt, aber durchaus in einem zu kleinen Maassstabe. Abgesehen von diesen im Ganzen seltenen Fällen pflegt bei totaler Kleinheit die mangelhafte Entwiklung in den einzelnen Hirntheilen ungleich zu sein, und zwar sind diejenigen gewöhnlich am meisten befallen, welche auch bei partieller Agenesie vorzugsweise häufig ergriffen sind. — Die Grade der totalen Hirnkleinheit sind sehr verschieden: von der unbedeutendsten Dürftigkeit bis zum vollkommenen Hirnmangel.

Die partielle Agenesie ist ungleich häufiger. Sie betrifft entweder eine der grösseren Abtheilungen des Gehirns, eine Hemisphäre, und zwar überwiegend häufig die linke, einen Lappen des Kleinhirns, wobei zuweilen die Kleinheit in den Hemisphären des Gross- und Kleinhirns gekreuzt ist. Oder sie beschränkt sich auf eine kleinere Stelle, und zwar zeigt sie sich in lezterer Beziehung viel seltener in den Theilen, welche sich frühzeitig entwikeln, als in denen, welche erst später zur Entwiklung kommen. Die locale unvollkommene Entwiklung ist am häufigsten in den obersten Schichten des Gehirns und wird um so seltener, je tiefer die Theile nach unten gelegen sind. Nicht selten ist partieller Mangel der Entwiklung an mehreren Stellen des Gehirns gleichzeitig und zuweilen sogar auf beiden Seiten symmetrisch vorhanden. Bei manchen Fällen von beschränktem Mangel der Entwiklung betrifft dieselbe nur die graue Substanz, während die weisse vollkommen erhalten ist. Die Agenesie einer Hemisphäre ist bald excentrisch, wobei die Gehirnoberfläche von normaler Ausdehnung, aber die Seitenventrikel dilatirt und mit Flüssigkeit gefüllt oder auch anomale Höhlen im Innern des Gehirns vorhanden sind, bald concentrisch,

wobei die Gehirnseite auf einen kleineren Raum zusammengeschrumpft ist. Oder endlich es fehlen die oberen Schichten ganz und die Ventrikelwandungen liegen nakt unter den Häuten.

Die dürftig entwikelte Stelle hat entweder ihre normale Textur behalten, oder zeigt sie die gleichen Veränderungen, wie sie der erworbenen Atrophie angehören.

Bei ausgebreiteter Agenesie sind die Theile meist sowohl zarter, kleiner, als auch unvollkommener ausgebildet; die Gyri namentlich sind bald sparsamer und in einander fliessend und daher die einzelnen breit, bald aber auffallend verschmälert, mit einer fast scharfen Leiste endend, nicht satt an einander liegend und mit tiefen Zwischenräumen, die oft breiter sind, als die Gyri selbst. Oft ist nur eine einzige Windung dünner und schmaler, oder finden sich zerstreut in einem sonst normal scheinenden Gehirn wenige atrophische Gyri. Oder es ist zugleich das Gewebe der defecten Stelle härter, zäher, zeigt einen dichteren, faserigeren Bau, eine schmuzigere Farbe, die graue Substanz eine gelbliche, bräunliche oder blasse, die weisse eine trübere, so dass beide Farben oft unmerklich in einander übergehen, wohl auch wirkliche Pigmentirung. Oft sind dann auch schwielige und sehnige Reste von Exsudat zwischen der Gehirnsubstanz zu bemerken. Nicht selten nimmt man an einem Gehirn, das schon an der Oberfläche schlecht entwikelte Stellen zeigt oder aber auch keine solchen bemerken lässt, in der Substanz selbst mehrere, ja viele steknadelkopf- bis nussgrosse, mit Serum gefüllte Räume wahr, wodurch das Hirn ein feinlöcheriges, poröses, siebartiges Ansehen bekommt. Oder es ist eine grosse Höhle vorhanden, die nirgends mit den Ventrikeln communicirt. Zuweilen ist das Gehirn selbst ganz besäet mit solchen. Wenn die Form des schlecht entwikelten Theils nicht erhalten ist, so zeigt derselbe bald eine plumpere Gestalt, bald Eindrüke, Einkerbungen, Dellen u. dergl.

Wenn die dürftige Entwiklung nicht mit andern Störungen (Wasseransammlung) complicirt ist, so bildet sich der Schädel in entsprechender Weise und zeigt im Allgemeinen oder stellenweise geringere Dimensionen, oft Ungleichheiten und Eindrüke. Doch wird oft auch der Mangel an Gehirn durch eine grössere Dike der Schädelknochen ganz oder theilweise ausgeglichen.

B. Die höchsten Grade von Hirnarmuth, der gänzliche Mangel des ganzen Gehirns (Anencephalie) oder auch nur einer Hemisphäre (Hemicephalie), sind kein Gegenstand ärztlicher Hilfeleistung. Solche Früchte kommen entweder todt zur Welt oder gehen in wenigen Tagen dem sicheren Tode entgegen.

In den meisten Fällen hat eine angeborene dürftige Entwiklung des Gehirns von irgend beträchtlichem Grade Symptome, welche jedoch nicht immer mit Nothwendigkeit auf Hirnarmuth hindeuten. Ausser den Difformitäten des Schädels sind die constantesten Symptome Schwäche der intellectuellen Fähigkeiten bis zum vollendeten Blödsinn, sodann Störungen der Bewegungsfähigkeit, von mässiger Schwachheit eines Gliedes bis zu fast, selten bis zu ganz vollkommener Paralyse, häufig zugleich mit Contracturen. Doch gibt es auch hievon Ausnahmen, besonders bei partieller Agenesie der Hirnoberfläche oder bei Agenesie der vorderen Lappen (Breschet). Sehr häufig ferner sind Krampfanfälle verschiedener Form. Weiter finden sich Störungen in der Sehkraft und unvollkommene Functionirung oder gänzliche Unthätigkeit der übrigen Kopfsinne vor, Anomalieen der Geschlechtsfunction und der allgemeinen Ernährung.

Es lässt sich nicht genau bestimmen, bis zu welchem Grade das Gehirn unentwikelt bleiben kann, ohne die Fortdauer des Lebens unmöglich zu machen. Je weniger jedoch die die Seitenventrikel umgebenden Theile an der unvollkommenen Entwiklung participiren, um so eher kann das Leben fortbestehen, selbst wenn die ganze über diesen gelegene Nervenmasse fehlt. Bei der angeborenen totalen Hirnkleinheit steht die Mangelhaftigkeit der Geistesentwiklung in ziemlicher Proportion zur Kleinheit des Organs; doch waren in einem Falle von Calmeil (Journ. univ.

et hebdomad. I. 225) bei allgemeiner extremer Kleinheit des Gehirns die intellectuellen Fähigkeiten ziemlich erhalten und es war nur Epilepsie vorhanden. Aber auch das Wachsthum des Körpers bleibt zurük, das Scelett bleibt klein und unentwikelt und die Extremitäten, besonders die unteren, sind von auffallender Kürze. Die ganze Musculatur erscheint schlecht genährt, das Fleisch dünn, blass, schlaff und zwar vorzugsweise an den Extremitäten. Das subcutane Zellgewebe ist jedoch oft infiltrirt und gibt daher ein volles und gedunsenes Ansehen. Die Muskel sind schwach, die Kinder lernen oft mehrere Jahre nicht gehen oder kriechen nur. Auch später ist der Gang schwankend, unvollkommen, stolpernd und meist eine Seite etwas schwächer, als die andere. Von den Sinnesorganen ist am häufigsten das Auge geschwächt, nicht selten dabei schielend; seltener das Gehörorgan und der Geruch. Bei Vielen sind jedoch alle Sinne ausnehmend stumpf und nur einer sehr geringen Entwiklung fähig. Manche werden von heftigen Kopfschmerzen gequält. Epileptische Anfälle sind gewöhnlich. Die Organe der Digestion, Respiration und Circulation zeigen keine Anomalie: der Appetit ist bei solchen Individuen oft sehr übermässig.

Kleinheit einer Hemisphäre, wobei die centralen Theile (Corpora striata, Thalami) sehr wohl erhalten sein können, hat zur gewöhnlichen Folge eine Schwäche oder Paralyse der andern Seite des Körpers, nur selten der gleichen (Obs. IV. von Cazauvieilh). Ist die Kleinheit im Gross- und Kleinhirn gekreuzt, so zeigt sich die Lähmung auf der der kleineren Hemisphäre des Grosshirns entgegengesezten Seite: die gelähmten Körpertheile, besonders die oberen Extremitäten, zeigen meistens Contracturen: an den oberen Extremitäten Beugung des Vorderarms und der Hand und eingeschlagene Finger, an den unteren Extremitäten Contracturen der Kniee, Klumpfuss. Die Lähmung ist meist nicht vollständig und es sind gewöhnlich einzelne unvollkommene Bewegungen möglich: die der oberen Extremitäten sind weniger frei, als die der unteren. Oft bringt gerade der Versuch, eine Bewegung auszuführen, eine vorübergehende Contractur zustande. Die Ernährung des gelähmten Theils ist oft vollkommen, ja sogar ist die paralysirte Extremität zuweilen voluminöser, als die gesunde. Dieselbe ist dann sehr fettreich, etwas gedunsen und von auffallender Weisse und Zartheit der Haut. In andern Fällen dagegen ist die Ernährung gestört, das Glied abgemagert und verbleibt bei angeborener Kleinheit der Gehirnhemisphäre in einem kindlichen Zustande. Gewöhnlich bemerkt man, dass die Finger und Zehen, wenn sie nicht contracturirt sind, in einer bemerkenswerthen, dem Kranken oft sehr lästigen Weise aus einander stehen. Auch das Antliz ist meistens schief, verzogen, jedoch nicht leicht die eine Hälfte vollkommen gelähmt. Die Functionen der Verdauung, Circulation und Respiration sind gewöhnlich nicht beeinträchtigt. Ebenso sind die Sinne gewöhnlich erhalten, am ehesten leidet der Gesichtsinn Noth. Einzelne der Individuen, welche von früher Jugend eine atrophische Hälfte des Gehirns haben, gelangen zu einem gewöhnlichen Grade von Geistesentwiklung, die meisten dagegen bleiben beschränkt, selbst blödsinnig. Epileptische Anfälle sind gewöhnlich.

Wenn Individuen mit angeborener Gehirnarmuth die ersten Perioden des Lebens überstehen, so wird die Atrophie selten Todesursache, es sei denn, dass sie sich mit einer gewissen Raschheit über weitere Gehirnpartieen erstrekt. Vielmehr sterben die meisten dieser Kranken an irgend einer, in keiner Beziehung zum abnormen Gehirn stehenden Erkrankung, obwohl es auffällt, dass dieselben selten ein hohes Lebensalter erreichen, die Hirnarmuth also doch einigen Einfluss auf die Lebensverkürzung oder auf die Tödtlichkeit accidenteller Störungen zu haben scheint.

III. Therapie.

Ein Mittel, die Gewebssubstanz des Gehirns zu vermehren, gibt es begreiflich nicht. Namentlich ist in allen Agenesieen höheren Grades und in den halbseitigen Agenesieen gar nichts zu hoffen. Bei mässiger angeborener Gehirnkleinheit ist es jedoch nicht unmöglich, dass eine von frühester Zeit an eingeleitete methodische Einwirkung belebender Einflüsse mit zwekmässiger Anregung und Steigerung der Geistesthätigkeit, der Gebrauch allgemein stärkender Mittel, vielleicht auch der anhaltende Gebrauch des Moschus und ähnlicher Gehirnreize zuweilen Hilfe leistet.

Im Uebrigen beschränkt sich die Therapie auf Abhaltung aller das Gehirn treffenden schädlichen Einflüsse und auf symptomatische Hilfeleistungen gegen die besonderen einzelnen Zufälle und die von ihnen abhängigen Beschwerden, wobei namentlich die durch den Schwund des Gehirns entstehende Blutüberfüllung zu berüksichtigen ist, welche jedoch nicht durch starke Mittel bekämpft und gänzlich beseitigt werden kann, sondern nur durch milde Mittel auf einem mässigen Grade erhalten werden muss.

2. Angeborener Grössenexcess des Gehirns (congenitale Hypertrophie.)

Eine angeborene abnorme Grösse des Gehirns scheint ziemlich selten vorzukommen, und wo sie besteht, gibt sie in der ersten Zeit nach der Geburt zu keinen Symptomen Veranlassung und kann nur aus der ungewöhnlichen Grösse des Schädels vermuthet werden. Erst später, bei der Entwiklung der Hirnfunctionen und nach Schliessung des knöchernen Schädels treten Erscheinungen hervor, welche nicht verschieden sind von denjenigen, die bei erworbener Hypertrophie beobachtet werden.

Bednar (Die Krankh. der Neugeb. u. Säuglinge II. 148) gibt an, dass er die Hypertrophie des Gehirns zwar nicht angeboren, aber schön in den ersten Monaten des Säuglingsalters beobachtet habe. Ohne Zweifel waren diess Fälle, in welchen der Grössenexcess des Gehirns aus der Fötalperiode stammte und nur wegen Mangels an Symptomen erst bei der Section erkannt wurde. Er fand dabei das Hirn grösser und schwerer, die Substanz derb, fest, blutarm, die Windungen abgeflacht, die Ventrikel klein, die Häute blutarm und troken, die Schädelknochen mit starken Impressionen versehen oder stellenweise verdünnt, die Verknöcherung jedoch im Allgemeinen nicht verzögert, die Form des Schädels der hydrocephalischen gleich, zuweilen die Stirn stark gewölbt und die hintere Hälfte des Schädels mehr ausgedehnt, als die vordere; spekige Milz, Hypertrophie der Leber, der Lymphdrüsen, Rhachitis und Syphilis complicirten zuweilen diesen Zustand. Die damit behafteten Kinder waren meist unangemessen klein, blass und mässig genährt. Symptome waren in keinem Falle vorhanden, wo ein hypertrophisches Gehirn vor dem Ende des ersten halben Jahres gefunden wurde, mit Ausnahme eines einzigen Kindes, das an wiederholten asphyctischen Anfällen litt.

3. Angeborener Hirnbruch (congenitale Encephalocele).

Der angeborene Hirnbruch fällt zusammen mit unvollkommener Schädelbildung, und es ist zweifelhaft, welches von beiden Verhältnissen das primitive ist. Er kann durch einen Hydrops der Arachnoidea (Meningocele) eingeleitet werden und an allen Stellen des Schädels vorkommen: am häufigsten am Hinterhauptsbeine, in der Medianlinie und an der grossen Fontanelle, doch auch in der Stirn- und Nasengegend und im lezteren Falle durch das Siebbein sich vordrängend. Die Lüke im Schädelgewölbe kann bald klein sein, bald die ganze eine Hälfte desselben und darüber einnehmen. Gewöhnlich ist bei grossen und nicht selten sogar bei kleinen Hirnbrüchen der übrige Schädel oder doch die Nachbarschaft des Bruches eingesunken. — Sehr gewöhnlich ist die Encephalocele mit angeborenem Hydrocephalus combinirt und häufig fällt sie mit Hydrorrhachis und Spina bifida zusammen.

Es stellt sich die Encephalocele als eine kleinere oder grössere Geschwulst von der Grösse einer Haselnuss bis zu einem Volumen, das nicht kleiner ist, als ein gewöhnlicher Kindeskopf, von weicher Beschaffenheit

mit oder ohne Pulsation und Respirationsbewegungen dar, indem diese gewöhnlich durch eine das vorgetretene Gehirn überlagernde, in den Hirnhäuten befindliche Wasserschicht verdekt sind. Kleinere Tumoren sind mehr oder weniger vollkommen rund und halbkugelig, grössere zuweilen am Halse eingeschnürt und sogar gestielt. Die damit behafteten Kinder kommen sehr oft todt zur Welt oder sterben wenigstens in kürzester Zeit nach der Geburt; doch bleibt zuweilen das Leben auch Wochen und Monate lang und selbst noch länger erhalten, und in diesem Falle zeigen die Kranken bald keine sonstigen auffallenden Erscheinungen, bald sind sie unruhig, schreien anhaltend oder sind soporös. — Der Tod erfolgt unter den gewöhnlichen Hirnzufällen der Kinder (Krämpfe, Sopor, Lähmungen), sei es, dass der vorhandene und wachsende Hydrocephalus, sei es, dass eine hinzutretende weitere Störung im Gehirn das tödtliche Ende bedingt.

Zur Beseitigung der Anomalie hat man einen gelinden, allmälig verstärkten Druk empfohlen und in einem Falle auch die operative Exstirpation des Vorgefallenen mit Glük vorgenommen.

Vergleiche über den angeborenen Hirnbruch besonders Ammon (Die angeborenen chirurg. Krankheiten des Menschen 1839—42), Rokitansky (II. 764), Spring (Monographie de l'hernie du cerveau. Aus dem Journ. de médec. de Bruxelles 1852 in Canstatt's Jahresber. IV. 78), Ried (Illustr. medic. Zeitung I. 133). Lezterer hebt besonders hervor, dass man alle angeborenen Geschwülste der unteren Stirn- und der Nasengegend, auch wenn sie klein sind und durch ihren Druk keine Gehirnerscheinungen veranlasst werden, für Hirnbrüche halten müsse, wenn nicht durch sehr deutliche Zeichen die anderweitige Natur derselben unzweifelhaft gemacht sei. — Clar (Zeitschrift der Wiener Aerzte VII. 712) hat eine genaue Beobachtung eines fast sechs Monate alt gewordenen Kindes mit Hirnbruch mitgetheilt.

Zur Therapie empfiehlt Salleneuve die Anwendung von Lederstüken, durch welche er vier Fälle geheilt haben will. Richoux (Journ. des Connaiss. méd.-chir. 1851. 659) theilt einen Fall mit, wo bei einem Kinde am Tage nach der Geburt eine kleine harte Geschwulst über dem äusseren Winkel des rechten Auges sich bildete und bis zum zehnten Tage haselnussgross, nach zweitägiger Compression hühnereigross wurde. Nach einer verticalen Durchschneidung der Haut floss eine helle Flüssigkeit aus und zeigte sich weisse Hirnsubstanz, welche R. abtrug, die Hüllen der Geschwulst ausschnitt, sie über der Hirnsubstanz zusammenlegte und die Wundränder durch die Naht vereinigte, worauf nach vier Tagen die Verwachsung erfolgte und das Kind gesund blieb.

4. Angeborene Wasseransammlung in dem Gehirn und in seinen Häuten.

a. Angeborener Hydrops der Arachnoidea.

Angeborene Wasseransammlung der Arachnoidea findet sich:

1) in Form circumscripter Ansammlungen, d. h. in divertikelartigen Säken der Arachnoidea, welche durch eine kleine Lüke des Schädels, vornehmlich am Hinterhauptsbein, vortreten und bald mit einer ziemlich diken, bald mit einer verdünnten, gewöhnlich haarlosen und röthlichen Cutis überzogen sind (Meningocele). Der Sak kann ziemlich gespannt oder schlaff sein, und es ist zuweilen möglich, die Flüssigkeit durch Druk zu reponiren. — Diese Form besteht entweder für sich oder ist mit andern angeborenen Störungen im Gehirn und mit allgemeiner geringer Entwiklung des Körpers verbunden. Der Sak kann wieder verschwinden, oder

es kann in denselben später Hirnmasse eintreten (Uebergang in Encephalocele), oder der Sak kann bersten und der Tod erfolgen. — Die Behandlung besteht theils in vorsichtiger Compression, welche bei kleinen Hirnbrüchen genügt, theils in Punction mit nachfolgender Compression, Einführung eines Haarseils, oder wenn die Geschwulst eine gestielte Form hat, in Abbinden derselben.

Vergl. Spring (l. c.), Bednar (II.,47). Lezterer beschreibt auch eine Vorbuchtung eines mit Flüssigkeit gefüllten Divertikels der Arachnoidea durch das Siebbein; hierbei bildeten die Nasenbeine eine grössere Wölbung, unter welcher sich eine wallnussgrosse, fluctuirende, bei der Exspiration gespannte, bei der Inspiration oder in der Ruhe schlaffere Geschwulst vordrängte, ohne dass dabei irgend eine sonstige Störung des Organismus vorhanden war.

2) Die diffuse angeborene Anhäufung von Serum im Arachnoidealsak ist eine undiagnosticirbare Seltenheit.

Bednar gibt an, unter beinahe 30,000 Neugeborenen nur einen solchen Fall beobachtet zu haben bei einem Kinde mit kugligem Kopf, weiten Fontanellen und auseinandergedrängten Kopfknochen, jedoch ohne Störung der Functionen. Der Tod erfolgte am 36sten Lebenstage. Die Arachnoidea enthielt etwa 2 Pfund farblose klare Flüssigkeit, das Grosshirn war gegen die Schädelbasis hin zusammengedrükt und betrug kaum die Hälfte des Kleinhirns: ½" im senkrechten Durchmesser, 2" im Quer- und Längsdurchmesser.

b. Angeborener Hydrops der Ventrikel (Hydrocephalus congenitus).

I. Aetiologie.

Der im Fötalzustand entstehende Hydrops der Ventrikel kann zustandekommen:

durch eine Erkrankung der Hirnhäute mit wässeriger Exsudation, ein Process, welcher als ganz analog angesehen werden muss denjenigen Vorgängen, die im Extrauterinleben zu Hydrocephalus acutus oder chronicus führen;

oder es füllt sich in Folge einer unvollkommenen Ausbildung des Gehirns der Schädelraum mit Wasser;

oder endlich die Wasserbildung und die ungenügende Formation des Gehirns hängen von gemeinschaftlichen, freilich nicht weiter bekannten Ursachen ab.

In Betreff entfernter und disponirender Ursachen, welche bei einem Fötus Hydrocephalie veranlassen, ist nichts Sicheres bekannt und die Beziehungen von Krankheiten des Uterus, der Placenta oder von constitutionellen Krankheiten der Mutter oder gar von Affectionen des Vaters zu der Entstehung des Hydrocephalus sind durchaus zweifelhaft. Dagegen ist bemerkenswerth, dass nicht selten in derselben Familie mehrere hydrocephalische Früchte geboren werden und dass, wie angeborener Hydrocephalus zuweilen bei demselben Individuum mit andern angeborenen Bildungshemmungen und Missbildungen verschiedener Körpertheile vorkommt, ebenso nicht selten in Familien die einen Kinder hydrocephalisch, andere mit Hasenscharten, Wolfsrachen oder mit sonstigen Missbildungen behaftet sind.

II. Pathologie.

A. Die Wasseransammlung in den Ventrikeln bei dem Hydrocephalus congenitus kann eine sehr verschieden reichliche sein: von einer kaum merklich die normale Quantität der Cerebrospinalflüssigkeit überschreitenden Ansammlung bis zu einer Flüssigkeitsmenge von zehn Pfund und

sogar darüber. Die Beschaffenheit der Flüssigkeit ist nicht überall die gleiche; meist ist sie klar und fast wasserhell, doch zuweilen mehr oder weniger getrübt und selbst von Blut gefärbt. — Die Seitenventrikel sind in dem Maasse der angesammelten Flüssigkeit mehr oder weniger ausgedehnt und dabei ihr innerer Ueberzug oft ansehnlich verdikt. Die Communication zwischen den Ventrikeln (Foramen Monroi) ist erweitert, zuweilen bis zu einer beträchtlichen Grösse, und zuweilen stellen sich abnorme Communicationen her. Auch der dritte Ventrikel nimmt an der Erweiterung Theil. Die Nachbartheile der Ventrikel sind gedrükt, abgeplattet, bald aufgefasert, bald erweicht, bisweilen in ihrem Zusammenhange getrennt oder auch theilweise geschwunden. In directem Verhältniss zur Menge der angesammelten Flüssigkeit einerseits und in umgekehrtem Verhältniss zu der Schädelausdehnung andererseits besteht eine Verminderung der Masse der Grosshirnlappen, welche in den äussersten Graden bis zu häutigen Säken verdünnt sind, in welchen die Hirnsubstanz nur einen sparsamen Beleg auf dem derben Ventrikelependyma darstellt. Auch in mässigeren Fällen ist die Oberfläche der Hemisphären gedrükt, platt, ohne deutliche Windungen, das Kleinhirn von obenher platt gedrükt, jedoch nicht in dem Maasse verkleinert, wie die Masse des Grosshirns. Die Hirnhäute, welche die Convexität bedeken, enthalten zuweilen Wasser, sind aber gewöhnlich äusserst zart und spannen so eng über das Gehirn her, dass dieses bei einem Risse in jene vordringt oder auch die Flüssigkeit in einem Strahle ausssprizt. — Das Schädelgewölbe ist nur in seltenen Ausnahmsfällen bei intensivem Hydrocephalus normal; bei mässiger Wasseransammlung zeigt es nicht ganz selten keine Anomalie oder ist sogar ungewöhnlich klein, spizig und seitlich, oben oder hinten eingedrükt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist jedoch der Schädel schon bei der Geburt von ungewöhnlicher Grösse und nimmt nach derselben an Umfang noch beträchtlich zu: er kann eine Circumferenz von mehr als zwei Fuss erreichen; namentlich ist er in den Stirn- und Scheitelbeinen vorspringend, auch zuweilen am Hinterhaupt stark entwikelt. Die einzelnen Schädelknochen sind breiter, aber meist dünner und enthalten zuweilen durchsichtige und ganz weiche Stellen. Noch mehr als die Knochen sind die häutigen Verbindungen, zumal die Fontanellen, von ungewöhnlicher Breite und Grösse, und nicht selten lässt sich an ihnen eine Fluctuation wahrnehmen; wenn sie später verknöchern, welcher Process sich gewöhnlich auffallend lange verzögert, selbst bis ins dritte Lebensjahr und darüber, so bilden sich in ihnen meistens eigene Ossificationspunkte, dadurch überzählige Schädelknochen, die sich mit eigenen Suturen an die normalen Knochen des Schädels anlegen. Schon vor der vollendeten Verknöcherung, noch mehr aber wenn diese stattgefunden hat, zeigt der hydrocephalische Schädel eine mehr oder weniger eigenthümliche Form, bei welcher vornehmlich das Missverhältniss zwischen seiner enormen Ausdehnung und dem kleinen, wenig entwikelten, besonders in seinem Längsdurchmesser verkürzten Antliz, das Vorstehen der Stirnhöker und Seitenwandbeinhöker, die Herabdrängung und horizontale Stellung der Deken der Orbita auffällig ist. Sehr häufig wird der Kopf durch ungleiches Vor-

schreiten der Ossification schief und asymmetrisch. Oft ist aber auch der Schädel auffallend kuglig. — Die Haut, welche den Schädel überzieht, ist dünn, mit zahlreichen durchscheinenden Venen, besonders an der Stirn, und mit sparsamem Haarwuchs besezt.

Die meisten Fälle von Hydrocephalus sind mehr oder weniger mit andern chronischen Störungen combinirt: namentlich mit Rhachitis, mit Tuberculose, mit Veränderungen der Leber und anderer Eingeweide des Unterleibs, mit Hypertrophie der Lymphdrüsen.

B. In Fällen von sehr copiöser Wasseransammlung im Gehirn stirbt die Frucht sehr oft schon vor der Geburt oder während derselben ab, oder das Kind wird zwar lebend geboren, sezt aber nur wenige Stunden oder Tage das Leben fort.

Mässigere Grade von Hydrocephalus congenitus stören die Lebensfähigkeit nicht. Sehr oft ist an dem Säugling ausser der Beschaffenheit seines Kopfes nichts Abnormes, namentlich keine von dem Zustand des Gehirns bedingte Anomalie der Functionen zu bemerken. Jedoch ist es häufig, dass hydrocephalische Kinder schon in den ersten Tagen oder Wochen des Lebens einen ungewöhnlich starren Blik, in manchen Fällen nach oben gerichtete Bulbi oder Strabismus oder Zittern und Unruhe der Augäpfel zeigen, dass die Auglider unvollkommen geschlossen und ebenso unvollkommen geöffnet werden, dass Zittern, Zukungen, heftige Convulsionen oder Trismus und tetanische Starrheit bei ihnen spontan oder auf geringe Veranlassungen eintreten; auch asthmatische Zufälle sind nicht selten; Unruhe und plözliches schmerzhaftes Aufschreien, vieles Wimmern oder aber Sopor und gänzliche Theilnahmlosigkeit werden gleichfalls zuweilen beobachtet. Je schwerer und zahlreicher diese Zufälle im Säuglingsalter sind, um so wahrscheinlicher kann man erwarten, dass der Tod bald eintreten werde.

Wo dagegen im ersten Säuglingsalter der Hydrocephalus keinen Einfluss auf die Functionen übt, treten diese wenigstens meistens in der Zeit hervor, wo die Entwiklung der Hirnfunctionen beginnen oder auffälligere Fortschritte machen soll.

In gelinden Graden ist nur ein ungewöhnlich spätes Erlernen des Gehens und gewöhnlich auch der Sprache, sowie eine grössere Zartheit und Schwächlichkeit der ganzen Constitution zu bemerken; auch bleibt bei solchen Kindern die Musculatur wenig entwikelt, jede ungewöhnliche Anstrengung, eine Erschütterung des Kopfes, ein Druk auf denselben bringt Unmachten oder Betäubung hervor; die Pupille ist oft auffallend weit, der Stuhl meist verstopft und unregelmässig, der Harn oft sparsam und phosphatische Sedimente bildend.

In höheren Graden ist nicht nur die Bewegung der Extremitäten, zumal der unteren, noch weiter beschränkt und wird die Articulation gar nicht oder erst nach Ablauf von mehreren Jahren und unvollständig erworben, sondern es zeigen sich die Sinne anhaltend stumpf und es bleibt die Entwiklung der intellectuellen Functionen aus oder wird doch erheblich verzögert. Dabei zeigen die Kinder meist eine grosse Hinfälligkeit, eine dürftige Ernährung, ein schlechtes, sieches Aussehen, zahlreiche engstehende Runzeln im Gesicht; troz der Kleinheit und gehemmten Entwiklung

des lezteren auffallend gealterte Züge oder auch einen blödsinnigen Ausdruk. Die Musculatur ist dürftig, welk und unkräftig; besonders dünn und mager pflegt der Hals und Naken zu sein, dessen Muskel den schweren Kopf oft kaum zu tragen vermögen. Hemiplegieen sind nur dann vorhanden, wenn gleichzeitig eine einseitige unvollkommene Entwiklung des Gehirns besteht. Sobald die Kinder sich verständlich machen können, so klagen die meisten von Zeit zu Zeit oder auch ohne Unterlass über den Kopf; sie sind höchst empfindlich, weinerlich, schreksam, doch zuweilen auch stumpf und gleichgiltig.

Wenn bei Hydrocephalus der Kopf klein ist, so können gerade die bedeutendsten Zufälle vorhanden sein. Oft sterben solche Kinder in kürzester Zeit nach der Geburt unter Convulsionen. Bleiben sie erhalten, so sind die Sinne stumpf, der Bulbus starr oder unstät, der Ausdruk blödsinnig. Sie zeigen die Symptome der angeborenen Imbecillität, haben eine rauhe und keiner Articulation fähige Stimme, sind zu Krämpfen geneigt und verfallen bei rascher Bewegung oder beim Schütteln alsbald in Coma. Doch ist eine nachträgliche Entwiklung der Gehirnfunctionen unter späterer Ausdehnung des Schädels nicht unmöglich.

C. Der Verlauf der Symptome des Hydrocephalus kann ganz gleichförmig sein, und die Dauer des Lebens ist bald nur kurz, bald wird von dem Hydrocephalischen, besonders bei mässigen Graden, das spätere Kindesalter, das Jünglingsalter, ja sogar ein vorgerüktes Mannesalter erreicht. Doch findet das nur selten statt, wenn die Erscheinungen und die Hemmung der Hirnfunctionen auf derselben Stufe sich erhalten, auf welcher sie sich in den ersten Lebensjahren befanden.

Aber es geschieht nicht selten, dass die gehemmte Entwiklung des Geistes, der Sinnes- und der Bewegungsorgane in den folgenden Jahren mehr oder weniger vollständig nachgeholt wird. Zuweilen bemerkt man, dass eine vorübergehende Verbesserung des Zustandes oder selbst der Anfang einer zunehmenden Entwiklung zusammenfällt mit einer sich rasch einstellenden Vergrösserung des Schädels, und es scheint, dass in diesen Fällen durch das Nachgeben der Hüllen der Druk der Flüssigkeit auf die Hirnmasse vermindert oder aufgehoben werde. Aber auch ohne eine solche raschere Ausdehnung des Schädels können mit den Jahren, wenn auch langsam, die Functionirungen des Gehirns sich einstellen und zu Graden gedeihen, welche wenig denen eines gesund geborenen und wohl organisirten Gehirns untergeordnet sind.

Wenn, wie in nicht ganz seltenen Fällen, die früheren unzweifelhaften Symptome eines Hydrocephalus congenitus sich wieder verlieren und die Entwiklung der Hirnfunctionen sich, wenn auch spät, doch vollkommen einstellt, so muss angenommen werden, dass entweder eine nachträgliche Vervollständigung der Hirnmasse sich hergestellt habe, oder dass von Anfang an das Hirn in vollkommener Ausbildung vorhanden und nur durch den Druk des Wassers beeinträchtigt war, so dass nach Abnahme des lezteren die Functionen des Organs sich frei zu entwikeln vermögen. Wenn Einige annehmen, dass sogar der Hydrocephalus congenitus in ein hypertrophisches Hirn sich verwandeln könne, so ist ein Beweis dafür nicht zu führen, da die Symptome der Hirnhypertrophie nach fast allen Beziehungen mit denen des Hydrocephalus übereinstimmen können und also die Möglichkeit nicht in Abrede zu stellen ist, dass in solchen Fällen eine von Anfang an bestandene Hypertrophie nur irrthümlich für einen Wasserkopf genommen wurde.

Aber noch häufiger ist nach einem leidlichen Verhalten oder einer eingetretenen Besserung des Zustandes auf einmal eine wesentliche Ver-

Im früheren kindlichen Alter ist sie ein sehr häufiger, sehr wichtiger und sehr oft verkannter Zustand, der sich am häufigsten zu Enteriten und Coliten gesellt oder nach unvorsichtigen Blutentziehungen, Diät und Laxiren eintritt. Sie ist in der Zeit des stärksten Wachsthums, in der Pubertätsentwiklung, nach den ersten Menstruationen häufig und besonders beachtenswerth. Ebenso ist dieser Zustand von der höchsten Wichtigkeit im hohen Alter. — Auch bei Schwangern und Wöchnerinnen bringt sie häufig lästige und heftige Zufälle hervor. — Es scheint, dass auch bei der Seekrankheit eine transitorische Hirnanämie sich herstelle (Pellarin aus Revue méd.·in Canstatt's Jahresber. für 1851 III. 101).

Die Anämie des Gehirns kann aber auch örtliche Ursachen haben: Verengerung der zuführenden Arterien, Geschwülste, die auf sie drüken, ferner grosse apoplectische Herde, seröse und andere Exsudate, Geschwülste, überhaupt alle den Raum in der Schädelhöhle beengenden Verhältnisse.

II. Pathologie.

A. Die graue Substanz des Gehirns ist auffallend bleich und weniger scharf von der weissen zu unterscheiden, die weisse selbst zuweilen etwas missfärbig; die Gehirnmasse troken; die Gefässe sind wenig sichtbar oder collabirt. Die Sinus und selbst die gröberen Venen der Hirnhäute sind dabei oft ziemlich reichlich mit Blut gefüllt.

B. Die Symptome der Gehirnanämie bei schnellem Eintritt derselben sind vorzüglich Kopfschmerz, Schwindel, Sausen in den Ohren, subjective Gesichtserscheinungen, sofort Vergehen der Sinne, Verlust des Gleichgewichts, der Bewegungsfähigkeit, zulezt des Bewusstseins, mit einem Worte Unmacht in verschiedenen Graden bis zum Tod und von verschiedener Dauer. Erreicht die plözlich eintretende Anämie höhere Grade, so können Convulsionen, Delirien, besonders stumpfe, seltener uribunde, oder anhaltende Schlummersucht, plözliche Gedächtnissab-ahme und Urtheilsschwäche bis zum Blödsinn eintreten. Diese Symptome nd meist noch complicirt durch die Zeichen der Anämie der Gesichts-ut, der Lungen (Dyspnoe) und der allgemeinen Anämie, oft ver-den mit Uebelkeit und Erbrechen, nicht selten auch mit Fieberbeweg-n verschiedenen Grades, welche die heftigsten adynamischen Formen können.

ei langsamerem Eintritt sind die Symptome zwar oft sehr l und lästig, aber denen des entgegengesezten Zustands, der e, zuweilen bis zum Verwechseln ähnlich.

leichteren Graden langsam verlaufender Gehirnanämie sind die ngen meist nicht anhaltend, sondern wechselnd: das Gesicht ist s, es ist einseitiger, oft aber auch verbreiteter Kopfschmerz, bald ie Stelle wechselnd, bald vorn, bald seitlich, bald hinten, bald ald drükend vorhanden. Der Kranke hat Schwindel, manchmal rden vor den Augen, Sausen in den Ohren, ist zwar schläfrig hat aber unruhigen Schlaf. Meist ist der Kranke etwas unbe-nicht Meister über seine vollen geistigen Kräfte. Er zittert eranlassung und im Schlafe treten zuweilen kurze Zukungen n Kindern sind diese Zukungen noch auffallender, erfolgen treten um so heftiger ein, je jünger das Kind ist.

Mittel, welchen man eine directere Beförderung der Resorption zuschreibt: Jod innerlich, Bepinseln des Kopfes damit, Leberthran etc.;

Anwendung der Diuretica;

Anwendung von drastischen Mitteln, welche bei der Neigung zur Stuhlverstopfung allerdings oft nicht zu entbehren sind und bei bescheidenem Gebrauch mindestens keinen Nachtheil bringen;

Compression des Schädels, am besten durch Heftpflasterstreifen, welche Methode jedoch nicht ohne Gefahr ist;

die Punction der Fontanellen, eine im höchsten Grade gefährliche Operation.

Nach Dietl (Anatom. Klinik der Gehirnkrankh. pag. 227) ist bei dem Hydrocephalus congenitus „der auf dem mechanischen Heilprincipe beruhende Heilapparat für jeden physiologischen Arzt, aber auch nur für diesen, eine leicht zu lösende Aufgabe": es ist zu bedauern, dass der Verfasser nicht die näheren Wege und Mittel dieses Apparates namhaft gemacht hat. Im Gegentheile muss man anerkennen, dass die erfolgreiche Behandlung des angeborenen Hydrocephalus nur eine den spontanen Gang zur Besserung schwach unterstützende ist und dass man sich darauf beschränken muss, solche hygieinische Maassregeln, die bei jedem Kinde von Vortheil, aber bei gesunden eher ohne Schaden zu vernachlässigen sind, bei dem hydrocephalischen mit grosser Sorgfalt und Ausdauer zu verfolgen. — Bednar gibt als bewährte wirksame Mittel Jod, Eisen, Leberthran an und versichert, dass die Resorption durch Heftpflasterstreifen und wiederholte drastische Purgirmittel befördert werde. Auch hiebei ist zu bedauern, dass die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit dieses Verfahrens bei einer anerkannt selten geheilten Krankheit nicht durch bestimmtere, namentlich statistische Mittheilungen erhärtet wurde. — Auch Trousseau (Journ. de médec. I. 107) hält die Compression durch Heftpflasterstreifen für eines der Hauptmittel, gibt aber zu, dass dieselbe in sehr vielen Fällen nicht nur nutzlos, sondern geradezu gefährlich sei. — Die Punction, welche vornehmlich an der vorderen Fontanelle, etwas entfernt von der Mittellinie, mit einem bis zur Tiefe von 6—7mm eingesenkten Troikar vorzunehmen ist, ist nur selten von Erfolg gewesen. Nach Battersby (Edinb. med. and surg. journ. Juli 1850) wurde in 56 Fällen, in welchen die Punction gemacht worden war, nur drei- oder viermal eine überdiess zweifelhafte Heilung erzielt.

B. ANOMALIEEN DER BLUTCIRCULATION.

1. Anämie des Gehirns.

I. Aetiologie.

Die Anämie des Gehirns kann entweder in einer wirklichen Verminderung der Blutmenge bestehen oder kann sie auf der ungenügenden Zusammensezung (Cruorarmuth) des Blutes beruhen, was in den Effecten vollkommen identisch und im Einzelfall selten zu unterscheiden ist.

Die Verminderung der normalen Blutmasse sowohl, als die Verarmung des Blutes im Gehirn kann allgemeine Ursachen haben. Sie kommt nach starken oder relativ starken Blutverlusten, bei habituellem allgemeinem Blutmangel, bei Bleichsucht, bei marastischen Individuen, namentlich auch nach Diarrhoeen, nach langem Säugen, nach sonstigen übermässigen oder lang anhaltenden Hyperämieen, ferner beim Hungern, in den späten Stadien acuter Krankheiten: des Typhus, der Peritonitis, der Pneumonie, der Dysenterie, oder chronischer: der Pleuritis, der Tuberculose, des Krebsmarasmus, endlich bei Herzkrankheiten mit Klappenanomalieen an der Aorta vor.

Im früheren kindlichen Alter ist sie ein sehr häufiger, sehr wichtiger und sehr oft verkannter Zustand, der sich am häufigsten zu Enteriten und Coliten gesellt oder nach unvorsichtigen Blutentziehungen, Diät und Laxiren eintritt. Sie ist in der Zeit des stärksten Wachsthums, in der Pubertätsentwiklung, nach den ersten Menstruationen häufig und besonders beachtenswerth. Ebenso ist dieser Zustand von der höchsten Wichtigkeit im hohen Alter. — Auch bei Schwangern und Wöchnerinnen bringt sie häufig lästige und heftige Zufälle hervor. — Es scheint, dass auch bei der Seekrankheit eine transitorische Hirnanämie sich herstelle (Pellarin aus Revue méd. in Canstatt's Jahresber. für 1851 III. 101).

Die Anämie des Gehirns kann aber auch örtliche Ursachen haben: Verengerung der zuführenden Arterien, Geschwülste, die auf sie drüken, ferner grosse apoplectische Herde, seröse und andere Exsudate, Geschwülste, überhaupt alle den Raum in der Schädelhöhle beengenden Verhältnisse.

II. Pathologie.

A. Die graue Substanz des Gehirns ist auffallend bleich und weniger scharf von der weissen zu unterscheiden, die weisse selbst zuweilen etwas missfärbig; die Gehirnmasse troken; die Gefässe sind wenig sichtbar oder collabirt. Die Sinus und selbst die gröberen Venen der Hirnhäute sind dabei oft ziemlich reichlich mit Blut gefüllt.

B. Die Symptome der Gehirnanämie bei schnellem Eintritt derselben sind vorzüglich Kopfschmerz, Schwindel, Sausen in den Ohren, subjective Gesichtserscheinungen, sofort Vergehen der Sinne, Verlust des Gleichgewichts, der Bewegungsfähigkeit, zulezt des Bewusstseins, mit einem Worte Unmacht in verschiedenen Graden bis zum Tod und von verschiedener Dauer. Erreicht die plözlich eintretende Anämie höhere Grade, so können Convulsionen, Delirien, besonders stumpfe, seltener furibunde, oder anhaltende Schlummersucht, plözliche Gedächtnissabnahme und Urtheilsschwäche bis zum Blödsinn eintreten. Diese Symptome sind meist noch complicirt durch die Zeichen der Anämie der Gesichtshaut, der Lungen (Dyspnoe) und der allgemeinen Anämie, oft verbunden mit Uebelkeit und Erbrechen, nicht selten auch mit Fieberbewegungen verschiedenen Grades, welche die heftigsten adynamischen Formen zeigen können.

C. Bei langsamerem Eintritt sind die Symptome zwar oft sehr auffallend und lästig, aber denen des entgegengesezten Zustands, der Hyperämie, zuweilen bis zum Verwechseln ähnlich.

In den leichteren Graden langsam verlaufender Gehirnanämie sind die Erscheinungen meist nicht anhaltend, sondern wechselnd: das Gesicht ist meist blass, es ist einseitiger, oft aber auch verbreiteter Kopfschmerz, bald fix, bald die Stelle wechselnd, bald vorn, bald seitlich, bald hinten, bald bohrend, bald drükend vorhanden. Der Kranke hat Schwindel, manchmal Schwarzwerden vor den Augen, Sausen in den Ohren, ist zwar schläfrig und müde, hat aber unruhigen Schlaf. Meist ist der Kranke etwas unbesinnlich, ist nicht Meister über seine vollen geistigen Kräfte. Er zittert auf geringe Veranlassung und im Schlafe treten zuweilen kurze Zukungen ein. Bei kleinen Kindern sind diese Zukungen noch auffallender, erfolgen auch bei Tage und treten um so heftiger ein, je jünger das Kind ist.

Aeltere zeigen eine Neigung zu Unmachten. Das ganze Aussehen ist meist matt und die Kraft der Muskel ist vermindert. Daneben können noch weitere Erscheinungen von allgemeiner Anämie oder von örtlichen Störungen anderer Organe bestehen.

Diese Erscheinungen zeigen ein Schwanken, steigern sich, mehrere hören selbst für kürzere oder längere Zeit ganz auf, theils ohne dass sich dafür ein besonderer Grund auffinden liesse, theils aber unter dem Einfluss bestimmter Verhältnisse, deren Wirkungsart für die Feststellung der Diagnose von grosser Wichtigkeit ist: sie sind gemeiniglich gemässigter oder hören auf in ruhiger, horizontaler Lage; sie verschlimmern sich bei anhaltendem Stehen, Gehen oder Sizen: schon im Bette zeigt sich oft eine wesentliche Erleichterung, wenn der Kopf tief liegt, eine Verschlimmerung, wenn er auf hohen Kissen ruht. Auch eine rasche Bewegung, schnelles Niederbüken vermehrt und steigert die Symptome, was in gleicher Weise auch bei Hyperämie sich zeigt. Jene Symptome steigern sich, je länger der Kranke nichts zu sich genommen hat; nach dem Essen, nach einem Glase Wein oder Branntwein, nach Thee, Kaffee bessern sie sich oft rasch oder verschwinden ganz, vorausgesezt, dass der Magen gut verdaut und der Kranke nicht zu empfindlich ist. Die Symptome werden ferner gesteigert durch eine Blutentziehung, besonders am Kopf, oder durch eine allgemeine, ebenso auch durch freiwillige Hämmorrhagieen. Doch sind sehr kleine Blutentziehungen am Kopfe oder auch an andern Theilen nicht selten von einiger Besserung gefolgt, was sich nur aus einer vollkommeneren Circulation und gleicheren Vertheilung des Blutes nach denselben erklären lässt. Desgleichen werden die Symptome verschlimmert auf schnell wiederholte Ausleerungen durch eine Diarrhoe, durch einen starken Schweiss, durch eine Samenentleerung. — Am besten pflegen sich dagegen Gehirnanämische zu befinden, wenn sie einige Tage Verstopfung haben. — Geistige Anstrengungen und gemüthliche Aufregung haben einen unsicheren Einfluss auf Gehirnanämische. — Oft treten bei mässiger chronischer Gehirnanämie die Erscheinungen erst hervor, wenn eine zufällige sonstige, besonders fieberhafte Störung sich einstellt und können alsdann rasch von den leichteren zu den höheren Graden sich steigern.

In den höheren Graden der Gehirnanämie, welche durch spontane Steigerung der niederen Grade, oder aber in Folge verkehrter Behandlung derselben sich entwikeln und stets nur eine kurze Dauer haben, oder welche auch als Protrahirung der plözlich entstandenen Anämie höheren Grades sich darstellen können, tritt eine ungemeine Unruhe und Aufregung, oft gänzliche Schlaflosigkeit, heftigster Kopfschmerz, sofort Delirium auf, das bald still und mässig, bald aber wild und tobend ist. Oft zeigen sich Convulsionen und tetanusartige Krämpfe. Wird nicht bald geholfen, so verfallen die Kranken in vollendeten Sopor. Die Glieder werden unbeweglich, zuweilen selbst halbseitig paralysirt, die Pupille weit, die Respiration langsam, der Puls klein und unregelmässig, aussezend. Aeussere Einwirkungen haben weit geringeren Einfluss auf diesen Zustand, als auf die niederen Grade. — Diese heftigen Fälle bieten grosse Gefahren, und wenn nicht bald geholfen wird, geht der Collapsus in den Tod über.

Die Gehirnanämie ist schon bei Erwachsenen oft sehr schwer von Congestivzuständen und Entzündungen des Hirns und seiner Häute zu unterscheiden. Und manche Fälle, welche Jahre lang als Meningiten, Kopfgicht etc. behandelt werden, sind nichts Anderes als Gehirnanämieen. Ebenso werden oft fieberhafte Aufregungen und Delirien, die in späten Stadien acuter Erkrankungen (vornehmlich Typhus und Peritonitis) eintreten, für neue Exacerbationen gehalten, während sie nur auf Anämie des Gehirns beruhen und einem entsprechenden Verfahren rasch weichen. Aehnlich sind oft die Delirien zu beurtheilen, welche bei Tuberculösen, bei Krebsmarasmen sich einstellen. Es ist daher bei der Diagnose sehr auf die Anamnese und auf die Umstände zu sehen, unter welchen sich Verschlimmerungen und Besserungen des Zustandes einstellen. — Noch häufiger und noch gefährlicher ist die Verwechslung im kindlichen Alter. Kinder, welche an Diarrhoen, Enteriten leiden,

aber auch andere, besonders schwächliche Individuen jüngeren Alters werden oft von Symptomen befallen, welche die grösste Aehnlichkeit mit Hydrocephalus acutus haben, in Wahrheit aber auf Anämie des Gehirns beruhen. Marshall Hall hat zuerst hierauf die Aufmerksamkeit gelenkt und solche Erkrankungen mit dem Namen der hydrocephaloiden Krankheit unterschieden (vergl. Diseases and derangements of the nervous system p. 153).

III. Therapie.

1) Bei plözlich eintretenden Gehirnanämieen mässigen Grades genügt es, den Kranken in horizontale Lage zu bringen, ihn in Ruhe zu versezen. Dabei sind die etwaigen Ursachen zu bekämpfen und alle Umstände zu vermeiden, welche die Anämie steigern könnten, namentlich jedes schwächende, entziehende Verfahren.

2) Bei den höheren Graden plözlich eintretender Anämie ist neben diesem Verfahren die Anwendung von Reizmitteln nöthig, wozu man Wein, Alcool, Zimmttinctur, Aether, Moschus, Ammoniak und Anderes wählen kann. Tritt die Anämie in Folge bedeutender Blutungen ein, so kann die Transfusion des Bluts indicirt werden.

3) Bei mässigen Graden chronischer Gehirnanämie ist die Behandlung ungleich schwieriger. Zunächst sind die Causalverhältnisse in vorzugsweise Berüksichtigung zu ziehen. Daneben ist besonders auf die Gesammtconstitution und auf Herstellung eines normalen Blutes zu wirken.

Es geschieht diess durch gesunde stärkende Luft, belebende und kräftigende Bäder, mässige Bewegung, vornehmlich aber durch kräftige, der individuellen Verdauungsfähigkeit angemessene Nahrung (bei Kindern gute Milch, Eichelkafee, bei älteren Subjecten kräftige, gute Suppen, Fleisch, isländisches Moos); Eisen ist mit Vorsicht zu versuchen; wirkliche Reize (Wein, Kafee u. dergl.), wenn sie auch augenblikliche Erleichterung bringen, sind nur mit grosser Achtsamkeit und nur in kleinen Dosen anzuwenden. Zwekmässiger sind schwache Hautreize und Schleimhautreize auf den Kopf applicirt: kalte Uebergiessungen, zeitweise Anwendung von Blasenpflastern, Tabakschnupfen. Selbst sehr kleine Blutentziehungen am Kopfe, in grossen Zwischenräumen wiederholt, können nüzlich sein. Die Gehirnthätigkeit ist auf das Maass des Angenehmen und entschieden Wohlthuenden zu beschränken.

4) Bei den zu höheren Graden sich steigernden Fällen von chronischer Anämie oder den in die Länge sich ziehenden heftigen acuten Anämieen des Gehirns ist die Gefahr nicht gering und ist ein entschiedenes, rasches Verfahren mit Anwendung beruhigender und wo nöthig reizender Mittel nothwendig, wenn die Hilfe nicht zu spät kommen soll.

Ist die Aufregung des Kranken bedeutend, so ist es am angemessensten, Opium in starken, steigenden Dosen anzuwenden und Aether in den Kopf einzureiben. Wirkt diess günstig, so schläft der aufgeregte Kranke ein, während des Schlafs erholt sich das Gehirn und der Kranke erwacht wesentlich beruhigt und gestärkt. Ist dagegen die Schwäche überwiegend, so können, wenn nicht sonstige Indicationen bestehen, flüchtige Reize in mässigen wiederholten Dosen gereicht werden: edle, rasch ins Blut gehende Weine (Champagner, Tokayer) oder kleine Mengen von Branntwein, Aether (besonders Essigäther), Moschus. Zugleich werden flüchtige Einreibungen in die Stirn und den Kopf gemacht (Kölner Wasser), flüchtige Reize auf die Nasenschleimhaut angewandt (Aether, Ammoniak), Senftaige auf den geschorenen Kopf gelegt; auch ein warmes Bad kann nüzlich sein. Bei weniger dringenden Umständen versucht man den innerlichen Gebrauch ätherischer Oele, unter denen besonders das Terpentinöl den Vorzug verdient.

Ist bereits Sopor eingetreten, so müssen die reizenden Mittel noch energischer angewandt werden. Reizende Bäder, reizende Klystire mit Terpentin und Asa foetida sind hinzuzufügen, oft wirkt ein starkes Sturzbad von kaltem Wasser vortrefflich, belebt rasch und leitet die Thätigkeit des Gehirns wieder ein.

In allen diesen Fällen muss der Kranke in fast horizontaler Lage erhalten werden.

In kurzen Wiederholungen ist ihm eine concentrirte und dabei leicht verdauliche Nahrung zu reichen, und wo aus irgend einem Grunde auf die Magenverdauung nicht zu rechnen ist, bringt man Milch, Fleischbrühe u. dergl. in Klystiren und Bädern bei.



Ist der Anfall beschwichtigt, so muss ein ähnliches Verfahren angeordnet werden, wie in den leichten und chronischen Fällen, nur dass weinige und ätherische Mittel unbesorgter und in reichlicherer Dose gereicht werden dürfen und zugleich die stärkeren und nachhaltiger wirkenden reizend tonischen Mittel, wie Chinarinde oder Chinin, in Anwendung zu sezen sind.

2. Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute (Gehirncongestion).

I. Aetiologie.

Die Hyperämie des Gehirns und seiner Häute (zunächst der Pia) kommt theils für sich primär und uncomplicirt, theils als Theilerscheinung und consecutiver Vorgang in vielen andern Krankheiten vor, in welchen sie bald eine wichtige, bald nur eine untergeordnete Bedeutung erlangt.

A. Die Ursachen der Hirnhyperämie können sein:

1) örtliche: das Blut häuft sich in den Gefässen des Gehirns und der Meningen an, gleichviel, wie es an andern Stellen fliesst.

Dies kann stattfinden unter sehr zahlreichen und mannigfaltigen Einflüssen: örtliche Hize, welche den Kopf trifft, sei es diesen allein, oder zugleich auch andere Theile, vor Allem Sonnenhize (sogen. Insolation), aber auch künstliche Erhizung: warme Bekleidung des Kopfs, Ofenhize u. dergl., — tiefe Lage des Kopfs, um so mehr, je anhaltender sie ist, — Erschütterungen des Kopfs, Verlezungen des Schädels, der Meningen und des Gehirns selbst, — Einführung gewisser Substanzen, welche Gehirnreize sind: Alcool, Moschus, Opium, — ferner gewisse Functionsverhältnisse des Gehirns: übermässige oder zu anhaltende Geistesanstrengungen, gemüthliche Emotionen, die mit Geschlechtsexcessen zusammenhängende Hirnexcitation, lange fortgeseztes Wachen oder auch übermässig andauernder Schlaf, — starke Eindrüke, welche die höheren Sinne und durch diese mittelbar das Gehirn treffen (Gesichts-, Gehörseindrüke), — endlich gewisse anatomische Störungen im Gehirne und in seinen Häuten selbst: früher bestandene und wiederholte Hyperämieen, acquirirte Atrophie des Gehirns, Druk auf Gefässe innerhalb des Schädels durch Neubildungen und Exsudate, Gerinnung in grösseren Venen, reactive Hyperämieen im Umkreise anderer Krankheitsherde.

2) Die Hyperämie des Gehirns und seiner Häute tritt durch Ausbreitung einer Hyperämie der Nachbartheile oder einer Ueberpflanzung einer Hyperämie entfernterer Stellen ein.

Am häufigsten versezen krankhafte mit Hyperämie einhergehende Zustände am Kopf selbst: Hyperämieen des Gesichts (Erysipelas), Affectionen der Augen, Ohren, der Nasenschleimhaut, Rachenschleimhaut, die Zahnentwiklung, die Geschwulst der Speicheldrüsen und der Mandeln das Gehirn in Hyperämie. — Wie weit auch durch Unterdrükung andersartiger Hyperämieen Blutüberfüllung des Hirns entstehen könne, lässt sich nicht so genau bestimmen. Am ehesten scheint solche Uebertragung durch Unterdrükung der Menstrual- und Rectumshyperämieen vorzukommen.

3) Das Blut ist in seinem Rükfluss aus dem Kopf verhindert und muss also im Gehirn in grösserer Menge sich ansammeln.

Solches geschieht beim Zusammenschnüren des Halses durch Binden, bei acuten Entzündungen und Anschwellungen am Halse, bei Geschwülsten an demselben (Kropf), bei Hindernissen im Rükfluss des Bluts in die rechte Herzhälfte, bei allen Erschwerungen des Kreislaufs durch die Lungen ohne gleichzeitige Blutverminderung (z. B. bei Emphysem, Brustkrämpfen, Bronchiten und pneumonischen Infiltrationen).

4) Die Gesammtcirculation ist beschleunigt, tumultuarisch oder in Unordnung. Das Blut ist daher zu Anhäufungen in einzelnen Theilen disponirter und es erfolgt eine solche entweder ohne Weiteres oder aus irgend einem noch hinzutretenden Grunde im Gehirne.



In dieser Weise kommen Hirnhyperämieen zustande bei allen starken Bewegungen des Körpers, bei allen Convulsionen, bei allen fieberhaften Zuständen, allen tumultuarischen Herzcontractionen (Palpitationen oder Herzhypertrophie), bei allen Störungen des Kreislaufs in grossen Gefässpartieen, sei es wegen Zurückdrängung des Blutes aus solchen (beim Frost z. B. aus der Haut, bei grossen Geschwülsten des Bauches, grossen Exsudationen im Peritoneum), sei es wegen Blutüberfüllung derselben. — endlich bei allen beträchtlichen quantitativen und qualitativen Abweichungen des Blutes.

5) Quantitative und qualitative Anomalieen des Blutes können, indem sie Unregelmässigkeiten in der capillären Circulation veranlassen, Hyperämieen im Gehirn und in seinen Häuten, wie in allen andern Theilen des Körpers hervorrufen.

Die Plethora wird als eine der gewöhnlichsten Ursachen der Hirncongestionen angesehen, und man sieht allerdings ganz allgemein, dass Individuen mit plethorischem Habitus an habituellen oder oft wiederkehrenden Symptomen der Blutüberfüllung des Organs leiden. Auch eine gewisse relative Plethora hat dieselbe Folge, indem bei vielen weiblichen Individuen vor dem Eintritt der jedesmaligen Menstruation oder bei zufälligem Ausbleiben derselben Symptome von Hirncongestion sich zeigen. Das gleiche Verhalten zeigt sich bei Hämorrhoiden; ebenso bei solchen Subjecten, welche an regelmässige Blutverluste anderer Art (Nasenbluten, Aderlässe) gewöhnt sind, und die Congestionen werden in solchen Fällen, selbst wenn längst kein absolut plethorischer Zustand mehr besteht, oft sehr lästig, wenn die Zeit sich nähert oder überschritten wird, in welcher sonst die natürlichen oder künstlichen Blutabgaben stattzufinden pflegten. Die Plethora ist aber keine rein quantitative Anomalie des Blutes und geht in unmerklicher Weise in den einseitigen Cruorreichthum über, beide Zufälle sind im concreten Falle nicht von einander zu trennen und stimmen in ihren Wirkungen überein, so auch in der auf Hervorrufung von Hirnhyperämieen. — Wenn auch seltener, so kommen doch Fälle vor, wo bei einer allgemeinen Anämie oder bei Abnahme der Blutkörperchen entschiedene Hirnhyperämieen sich ausbilden, und es ist das ohne Zweifel so zu deuten, dass auch die Cruorarmuth für die unbehinderte Circulation störend ist und das Zustandekommen von Stasen begünstigt. So sehen wir bei Reconvalescenten, bei Chlorotischen, nach wiederholten Blutverlusten oft sehr hartnäkige Hirncongestionen eintreten. — Alle andern qualitativen Veränderungen des Blutes und jede Art von Disproportion seiner Bestandtheile können neben sonstigen nachtheiligen Einwirkungen auf das Gehirn auch noch eine Anhäufung von Blut in demselben bewerkstelligen, und die leztere muss in vielen constitutionellen Krankheiten als wichtiges Moment für das Eintreten von Störungen der Hirnfunction angesehen werden, wenngleich dabei nicht zu vergessen ist, dass sie meist nicht als einzige Ursache solcher Zufälle wirkt und dass daher die Beseitigung der Blutfülle im Gehirn zwar die Functionsanomalie zu ermässigen, aber durchaus nicht immer zu beseitigen vermag.

B. Die Umstände des Vorkommens der Hyperämie des Hirns und seiner Häute bedingen nicht nur nach den verschiedenen Verhältnissen eine sehr ungleiche Häufigkeit, sondern auch eine sehr verschiedene Bedeutung und Wichtigkeit.

Die Gehirnhyperämieen können in jedem Alter vorkommen: besonders häufig und gefährlich sind sie in der Säuglings- und Zahnperiode der Kinder, und eine äusserst geringfügige Vermehrung der Blutmenge in diesem Alter kann schon die schwersten Zufälle und den Tod zur Folge haben; aufs Neue werden sie häufig, wenn auch ohne besondere Gefahr zu zeigen, in der Zeit der Pubertätsentwiklung und in der ersten Hälfte der Blüthenjahre; nach vollendeter Ausbildung des Gehirns nimmt ihre Häufigkeit ab, um auf der Grenze der Reife und beginnenden Decrepidität wiederum zu steigen, in welcher Zeit sie weniger durch sich selbst, als durch die Geneigtheit zum Uebergang in andere Formen (Apoplexie) aufs Neue grosse Gefahr bringt.

Die primären Hyperämieen des Gehirns sind, sofern nicht in der Art der Ursache Gefahr und Wichtigkeit liegt, meist von geringem Belang, schnell vorübergehend und wenn auch heftige Symptome zeigend, doch rasch vom normalen Zustand gefolgt. — Die consecutiven Hirnhyperämieen dagegen sind nicht nur ungleich häufiger, sondern auch hartnäkiger, gefährlicher und oft in der Beurtheilung schwieriger. Besonders sind diejenigen consecutiven Hyperämieen von der höchsten Bedeutung und Gefahr, welche sich an andere Krankheiten des Schädels und seines Inhalts anschliessen. Auch in acuten Krankheiten der Constitution, bei Typhus, acuten Exanthemen vermittelt das Eintreten von Hirnhyperämie sehr gewöhnlich den Ausbruch schwererer Symptome.

II. Pathologie.

A. Die Hyperämie des Schädelinhalts kann allgemein sein, oder sie ist, wie gewöhnlich, mehr oder weniger beschränkt: entweder auf die Häute, zunächst die Pia, oder auf die Hirnmasse, und hier entweder auf die graue oder auf die weisse Substanz oder selbst auf einzelne Stellen.

Diese Verschiedenheiten lassen sich während des Lebens nur unvollkommen getrennt halten, indem die Erscheinungen nicht vollständig genügen, die Hyperämie zu localisiren und namentlich Blutüberfüllung der Hirnhäute und der Corticalsubstanz in ihren Wirkungen nicht verschieden zu sein scheinen. Man kann um so weniger hoffen, eine genaue Localisation der Hyperämie an feste Regeln zu knüpfen, da selbst in der Leiche die Beurtheilung über das Vorhandensein einer Hyperämie und über den Siz derselben im Hirn oder in der Pia oder in beiden zumal sehr oft höchst zweifelhaft ist; denn der vorgefundene Grad von Blutüberfüllung ist durchaus nicht maassgebend für das Bestehen einer Hyperämie während des Lebens, da die Ueberladung der Gefässe mit Blut, wie an andern Theilen (z. B. Haut), so auch im Gehirn vor dem Tode sich wieder verlieren kann, andererseits aber durch die Art des Todes während der Agonie Blutüberfüllungen entstehen können, welche im vorausgegangenen Verlaufe der Krankheit nicht vorhanden waren. Somit kann man die Verhältnisse der Blutüberfüllung in der Leiche nur approximativ schäzen und hat dabei mehr gewisse Folgen der Gefässüberfüllung, wie kleine Extravasirungen, mässige Exsudate, Veränderungen in der Consistenz der Theile, Anomalieen des Calibers der Gefässe in Betracht zu ziehen, als die sich vorfindende Blutmenge selbst. Man hat ferner bei der Beurtheilung des Gefässreichthums eines Gehirns das Alter des Individuums, seinen Blutreichthum überhaupt, seine Blutmischung (indem bei Mangel an Faserstoff und bei Reichthum an Blutkörperchen die Organe und zumal das weisse Gehirn stets blutreicher erscheinen), die Verhältnisse der Lage der Leiche mit in Rechnung zu ziehen. Ganz besonders aber ist niemals das necroscopische Resultat allein zur Entscheidung zu benüzen, sondern es sind stets auch die Erscheinungen während des Lebens und die Art der Agonie zur Controle zu nehmen.

B. In den Hirnhäuten gibt sich die acut entstandene Hyperämie durch eine mehr oder weniger starke Ueberfüllung der grossen und kleinen Gefässe der Pia mit Strozen und Erweiterung der ersteren und mit feinster Injection der lezteren, ferner durch kleine capilläre Blutergüsse, Verdikung, Trübung und Morschsein der Häute kund; die chronische durch varicöse Schlängelung der Gefässe, Trübung, Verdikung und vermehrte Zähheit der Häute; in beiden Fällen ist zuweilen ein mässiger subarachnoidealer Erguss zu bemerken.

Die Hirnsubstanz zeigt bei ihrer Hyperämie eine grauröthliche, selten wirklich rothe, eher gelbe oder bräunliche, in seltenen Fällen dunkellividbraune Färbung. In der grauen Substanz ist die Farbe rothgrau oder gelbbräunlich, in der weissen matt rosenroth oder schwach livid; zuweilen ist in derselben ein Aussehen, als ob eine Stelle mit röthlichem oder gelblichem Sand bestreut wäre. Die Blutpunkte auf den Durchschnitten der afficirten Stellen sind zwar sehr zahlreich, aber bei acuter Hyperämie weniger deutlich zu unterscheiden, als bei chronischer, bei welcher die

Gefässe oft erweitert und doch leer erscheinen. Die befallenen Stellen sind mürbe und zerreisslich. Ist die Ausdehnung der Hyperämie beträchtlich, so ist das Volumen des Organs vermehrt, die Windungen sind hart an einander und an den gespannten Häuten platt gedrükt, das Gehirn kann beim Einschneiden der lezteren prolabiren.

Der Blutgehalt der Hirnhäute ist wenig maassgebend für das Bestehen einer Hyperämie während des Lebens. Wenn nicht zugleich Texturveränderungen und Extravasate bestehen, welche als Folgen der Hyperämie anzusehen sind, so ist man selten berechtigt, aus dem Ansehen der Gefässe der Pia in der Leiche auf eine Hyperämie während des Lebens zu schliessen. Nur bei kleinen Kindern finden sich zuweilen so intense Blutüberfüllungen, dass deren wirkliches Bestehen vor dem Tode kaum einem Zweifel unterliegt.

Wichtiger ist es, wenn die Gefässe der Pia eine varicöse Schlängelung zeigen, was auf chronische oder auf wiederholte acute Blutüberfüllungen schliessen lässt.

Auch die Blutmenge der Gehirnsubstanz bedarf einer vorsichtigen Beurtheilung und man hat vornehmlich die Gefässfülle der übrigen Organe, sowie die Art des Todes in Rüksicht zu nehmen, um über die Blutmenge des Gehirns und deren Bedeutung in dem Falle richtige Schlüsse zu ziehen.

C. Die Hyperämie des Hirns und seiner Häute äussert sich durch:

1) Functionsstörungen des Gehirns, und zwar:

a) Symptome mässiger Reizung: Kopfschmerz, Sinnesempfindlichkeit, unbestimmte subjective Sinnesempfindungen (Schwindel, Ohrensausen etc.), verengte Pupille, Aufregung, Ideenjagd, allgemeine Unruhe, Schlaflosigkeit, lebhafte Träume und zwar diess vorzüglich in acuten Fällen, bei mässiger Erkrankung oder im Anfange schwererer.

b) Symptome mässiger Functionshemmung: Unfähigkeit scharf zu percipiren, Unfähigkeit zu denken, Missstimmung, Mattigkeit, Erschwerung der Bewegungen, Zittern, Schwäche oder Steifigkeit einzelner Theile etc., — Erscheinungen, welche oft mit denen der mässigen Reizung combinirt sind und ebenso in acuten, als in chronischen Fällen sich zeigen.

c) Symptome heftiger Reizung: intensivste Cephalalgie, lebhafte Hallucinationen, Delirien, Tobsucht, Krämpfe, tetanische Starrheit, Spannung sämmtlicher oder einzelner Muskel etc., — diess vornehmlich bei der Entwiklung heftiger Grade oder bei Individuen, welche noch aus andern Gründen zu Irritationsformen des Gehirns disponirt sind.

d) Höhere Grade von Functionshemmung und paralytische Zufälle: Somnolenz, Sopor, Anästhesieen, weite Pupillen, Muskelparalysen zuweilen nur auf einer Seite des Körpers, zuweilen doppelseitig, — diess vornehmlich in schweren Fällen oder wenn von irgend einer Seite das hyperämisirte Gehirn noch einen weiteren Druk erleidet.

Diese Erscheinungen zeigen überdem die mannigfaltigsten Verbindungen unter einander und gehen in einander über; sie beziehen sich bald gleichzeitig auf alle Gebiete der cerebralen Functionen, bald, jedoch seltener, sind sie beschränkt entweder auf die psychischen oder auf die motorischen, am seltensten und fast nur in leichteren Fällen auf die sensoriellen Functionen.

2) Die Erscheinungen in andern Theilen des Körpers sind bei der Hyperämie des Hirns und seiner Häute unsicher und inconstant:

am constantesten ist der verstärkte Puls in der Carotis communis, deren Blut in der Ueberfüllung der Hirngefässe einen Widerstand findet;

das Gebiet der Ophthalmica zeigt in sehr vielen Fällen einigen An-

theil an der Hyperämie des Gehirns und das Auge erscheint etwas injicirt;

das Gebiet der äusseren Aeste der Carotis externa kann an der Hyperämie im Ganzen oder in einzelnen Provinzen Theil nehmen und die Gesichtshaut daher roth erscheinen, oder jenes kann gerade in Folge der Ueberfüllung der Carotis interna blutleer sein und somit Blässe des Antlizes eintreten;

die Lymphdrüsen am Halse und am Naken sind zuweilen etwas angeschwollen und gegen Druk empfindlich;

die Bewegungen des Herzens erscheinen bald erlangsamt, bald normal, bald beschleunigt, ohne dass man sich von dem Grunde dieser Verschiedenheit Rechenschaft geben könnte;

nicht selten ist Erbrechen vorhanden, das aber meist nicht andauert; häufig zeigt sich Verstopfung, entstehen Zungenbelege und Magen-Darmcatarrhe;

Schmerzen nach der Art der rheumatischen können sich an verschiedenen Stellen des Körpers zeigen, ohne jedoch irgend etwas Constantes zu haben;

die Temperatur ist zuweilen etwas erhöht; meist ist die Haut des Körpers blass, kühl und collabirt.

3) Die Erscheinungen der Hyperämie haben einen durchaus atypischen Verlauf, treten bald mit höchster Acuität auf, bald mässig acut und zeigen ganz unregelmässige Schwankungen, sogar Intermissionen, bald sind sie chronisch und sogar habituell, machen acute Exacerbationen oder auch Wochen und Monate lange Pausen. Mannigfache äussere Einflüsse, sowie Stimmung, Art der Functionirung und andere Vorgänge im Körper haben bald eine ziemlich sichere, bald eine nicht vorauszusehende Einwirkung auf Besserung und Steigerung der Zufälle.

Die Art, die gradweise Entwiklung und die Combination dieser Erscheinungen kann bei der Hyperämie des Schädelinhalts so mannigfaltig sein, dass wenigstens momentan das Symptomenbild jeder Art von Hirnstörung sich herstellen kann. Dabei ist aber bei den von Hyperämie des Gehirns und der Häute abhängigen Zufällen eigenthümlich:

das rasche Eintreten sehr schwerer Zufälle und ebenso das rasche Verschwinden von solchen und die schnelle Herstellung nach den gefahrdrohendsten Erscheinungen;

die Verschlimmerung der Zufälle bei jeder starken Bewegung, beim Niederbüken, bei horizontaler Lage, bei vollem Magen, bei Verstopfung, beim Genuss von Spirituosen, beim Ausbleiben gewohnter Blutungen oder vor dem Eintritt von solchen.

Im ersten Momente und in den ersten Stunden des Auftretens der Symptome einer acuten Hirnhyperämie ist man niemals sicher, ob eine solche oder nicht eine andersartige Störung begonnen habe, und ebenso kann, wenn der Tod sogleich nach dem Beginn der Störung oder im Laufe des ersten Tages eintritt, niemals verbürgt werden, ob eine Hyperämie oder eine andersartige, zumal schwerere anatomische Störung (Exsudat, Extravasat) die Ursache der Symptome war, oder ob die lezteren nicht ohne alle nachweisbare Veränderungen in dem Organ zustandegekommen sind. Nur erst bei dem weiteren Fortgang der Krankheit ist aus der Wandelbarkeit der Zufälle, aus der raschen Besserung solcher Erscheinungen, welche bei schweren anatomischen Störungen persistent sein müssen, zu schliessen, dass Reizung und Druk des Gehirns nur von einem veränderlichen Verhältniss, also mit Wahrscheinlichkeit von der Menge des angehäuften Blutes abhängen dürfte. — Ebenso ist in chronischen Fällen oft lange nicht mit Bestimmtheit zu sagen, ob nur die Ueberfüllung der Gefässe oder Veränderungen der Textur und Neubildungen die Erscheinungen hervorrufen. Wiederum macht die Wandelbarkeit der Hirnphänomene am ehesten das Bestehen einer Hyperämie wahrscheinlich: doch kann nur die allseitigste Beachtung

sämmtlicher Verhältnisse des Kranken für einige Sicherheit des Schlusses Bürgschaft geben.

Die mannigfaltigen und unter sich so höchst differenten Modificationen, welche die Art, Combination und Aufeinanderfolge der Symptome der Gehirnhyperämie zeigt, mögen theils von den früheren Gehirnzuständen und Dispositionen, theils von dem Size und der Ausdehnung der Hyperämie, theils von der Intensität derselben, der Raschheit oder Langsamkeit ihrer Ausbildung, ihrer Entstehung als ursprünglich venöser oder von Anfang capillärer Stase, von der Dauer derselben, von den Zuständen des Blutes und von manchen andern Umständen abhängen. Im concreten Falle sind freilich diese modificirenden Einflüsse meist nicht erschöpfend zu analysiren, und es ist daher unmöglich, bei der Seltenheit necroscopischer Nachweisungen das Symptomenbild an bestimmte anatomische Bedingungen zu knüpfen. Vielmehr muss man sich darauf beschränken, einige der Hauptformen, unter welchen sich die Hyperämie des Gehirns und seiner Häute darzustellen pflegt, empirisch in der Beschreibung zu fixiren, wobei natürlich zahlreiche Mittelformen nicht berüksichtigt werden können.

1) Cephalalgische Form. Sie ist eine der gewöhnlichsten. Der Kopf erscheint dem Kranken schwer, schmerzt bald seitlich, bald vorn, bald hinten. Es ist dem Kranken, als müsse der Kopf zerspringen. Oft hat er das Gefühl von Klopfen im Kopfe. Jede geistige Anstrengung erhöht diesen Zustand und wird beschwerlich. Dabei hat der Kranke anhaltend oder mit Unterbrechung Sausen oder Klingeln in einem oder beiden Ohren, hört schlecht, scharfes Licht thut seinen Augen weh, er sieht Funken und schwarze Fleken in seinem Gesichtsfeld. Leicht tritt Schwindel ein. Besonders steigern sich diese Erscheinungen beim Niederbüken. Beim Untersuchen der Carotiden findet man sie voller und stärker anschlagend, als die übrigen Arterien. Der Kranke hat Neigung zum Schlaf, kann aber nur schwer einschlafen, wacht oft wieder auf, hat schwere Träume und spricht und gesticulirt wohl auch im Schlafe. Verbunden damit ist grosse Mattigkeit und nicht selten ein Gefühl von Grieseln und Pelzigsein in den Extremitäten nebst Unsicherheit im Gange. In höheren Graden dieser Form nimmt daran auch der Magen Antheil, belegt sich die Zunge, entsteht Uebelsein und Erbrechen. Auch tritt gemeiniglich Fieber dazu.

2) Während die körperlichen Erscheinungen den angegebenen ziemlich ähnlich sind, fängt besonders die gemüthliche Seite des Kranken an zu leiden. Er wird von einer inneren Unruhe verfolgt. Düstere Gedanken steigen auf. Die Bilder seiner Träume verlassen ihn auch beim Wachen nicht, und das Sausen in den Ohren, die Funken vor den Augen fangen an, in seiner Einbildung Gestalten anzunehmen. Hallucinationen verfolgen ihn und Wahnideen bemächtigen sich seiner. Er weiss, dass er sich falsche Ideen macht; aber er vermag sie nicht zu verscheuchen und er sagt Jedermann, seine Laune, seine fixen Ideen seien körperlich. Misstrauen und Verstimmung sezen sich immer mehr bei ihm fest; er verliert die moralische Haltung. Dabei ist meist eine grosse körperliche Unruhe und Unthätigkeit vorhanden: Herzklopfen, Zittern bei jeder Veranlassung, beständiges Hin- und Hergehen, eine unaufhörliche Ruhelosigkeit. Ein solcher Kranker ist an der Grenze der Geistesverwirrung: sehr oft entwikelt sich diese sofort und eine Kleinigkeit kann Veranlassung werden, dass eine bestimmte Idee vorherrschend bei ihm wird und nach dieser der ganze Gang seiner Vorstellungen, der Character seines Gemüthszustandes bestimmt wird, so zwar, dass auch nach Verschwinden der Hyperämie der Geist noch in dem falschen Wahne verharrt. Aber es kann auch durch eine einzige tüchtige Blutentleerung (Nasenbluten, Menses, Hämorrhoiden oder künstliche Blutentziehung), durch einige starke Stuhlausleerungen, durch Kälte auf den Kopf der ganze Complex von krankhaften Erscheinungen wieder verscheucht werden.

Beide bis jezt angegebene Formen haben bald nur eine kurze Dauer, bald können sie unter Schwankungen sich Monate lang hinausziehen. Nicht selten machen sie Intermissionen, selbst mit einer gewissen Regularität.

3) Acute, rasch zum Delirium sich steigernde Form. Das Gesicht sieht roth aus, die Augen sind injicirt, die Pupillen verengt. Die Carotiden und alle kleinen Arterien des Kopfes pulsiren stark. Alle Bewegungen sind hastig. Das Gehör ist oft übermässig fein; der Kranke hat starke Lichtscheu, wüthenden Kopfschmerz und fängt an, irre zu reden. — Wenn diese Form sich sehr plözlich ausbildet, so ist sie sehr gefährlich und oft tödtlich. Es tritt plözlich ohne bedeutende vorhergehende Erscheinungen ein wüthendes Delirium mit stürmischen gewaltsamen Willensintentionen, mit Toben und Schreien und grosser Entwiklung der Muskelkräfte ein. Der Kranke will entfliehen, will Alles vernichten, und es kann geschehen,

dass er mitten unter diesem Toben und Wüthen stirbt. Fälle der Art hat man besonders auch nach Einwirkung der Sonnenstrahlen auf den blossen Kopf wahrgenommen. Aehnliche kommen auch, bald in ebensolcher, bald in minderer Heftigkeit in allen Stadien der progressiven Geistesverwirrung und im consecutiven Blödsinn vor und hinterlassen meist einen transitorischen Collaps oder einen dauernd tieferen Verfall. Sie beschleunigen die allgemeine Paralyse.

4) Die epilepsieartige Form. In einer nicht ganz seltenen Form erscheint die Gehirnhyperämie in der Form eines epileptischen Anfalls. In solchem Falle kann nur aus dem plözlichen, unerwarteten und aller Ursache entbehrenden Eintreten des epileptischen Anfalls die Diagnose gemacht werden. Es sind diess solche Fälle von Epilepsie, wo nur ein oder wenig Anfälle oder eine mehrtägige Cumulation von solchen auftritt und dann die Krankheit für alle Zeiten oder doch für lange verschwindet.

5) Nicht selten hat rasch auftretende heftige Hirnhyperämie die grösste Aehnlichkeit mit Apoplexie. Nachdem längere Zeit die Symptome der gewöhnlichen Kopfcongestionen, die unter 1) beschriebene Form, vorangegangen waren, oft aber auch ohne diese Vorboten, wird dem Kranken plözlich schwarz vor den Augen, die Sinne vergehen ihm, die Gegenstände scheinen sich im Kreise um ihn zu drehen und er stürzt besinnungslos zu Boden. Alle Empfindung, alle Bewegungsfähigkeit ist verloren, In den höchsten Graden kann dieser Anfall sogleich tödten, doch geschieht diess ziemlich selten und meist ist dann die Gehirnhyperämie mit Lungenhyperämie combinirt und leztere ebenso wichtig für die Erklärung des Todes. Vielmehr erwacht der Kranke gewöhnlich, nachdem er kürzere oder längere Zeit (einige Minuten bis Tage lang) in Bewusstlosigkeit und mehr oder weniger tiefem Sopor hingebracht hat, aus seinem Schlaf. Manche erholen sich ausserordentlich schnell; bei Andern bleibt noch mehrere Tage eine Stumpfheit der Sinne und der Intelligenz und oft wirkliche Geistesverwirrung zurück, was sich nur allmälig nach 4—8 Tagen wieder gibt. Bei Andern bleiben einzelne motorische Apparate geschwächt zurück und versagen ihren Dienst: die Zunge, ein Glied u. s. w. In noch andern Fällen bleiben halbseitige Lähmungen, Hemiplegieen zurück, die jedoch von allen andern nach einem solchen Paroxysmus der Hyperämie zurückbleibenden Störungen am frühesten wieder verschwinden und so wenigstens nur für kurze Zeit dem Verdacht eines wirklichen Schlagflusses, d. h. eines blutigen Extravasats im Gehirn Raum geben können. Auch unbedeutendere Anfälle, welche einem mässigen apoplectischen Anfalle vollkommen ähnlich sind: halbseitige Lähmungen des Gesichts, der übrigen Körpertheile, ohne Verlust des Bewusstseins können durch Hirnhyperämie herbeigeführt werden, und es ist in solchen Fällen nur an dem raschen Wiederverschwinden der Erscheinungen, welche nach wenigen Tagen vollkommen sich verlieren, der Fall von einem blutigen Extravasate zu unterscheiden.

6) In eigenthümlicher Weise pflegt sich die Gehirnhyperämie bei Kindern darzustellen. Man bemerkt bei ihnen meist zuerst ein widerwärtiges, mürrisches und eigensinniges Betragen. Nichts ist ihnen recht; sie schreien viel ohne bekannte Ursache. Zuerst sehen sie gemeiniglich blass und entstellt aus und haben röthliche injicirte Augen. Ihr Kopf ist heiss, die Hände sind oft glühend. Der Schlaf ist unruhig: sie wimmern und knirschen mit den Zähnen, wachen oft auf und begehren zu trinken. Diese Erscheinungen können oft in einem halben Tage vorübergehen und das Kind wird rasch wieder munter. Oder aber es treten noch mehrere Erscheinungen dazu und die vom Kopfe steigern sich. Erbrechen, belegte Zunge, Zusammenfahren und wirkliche Convulsionen treten ein, die Augen verdrehen sich und zwischen die Aufregung hinein verfällt das Kind in einen soporösen Zustand, wo es regungslos, blass, mit kalten Extremitäten, mit kaum athmender Brust daliegt. Schwächliche Kinder und solche. die mit andern Störungen behaftet sind, können unter solchen Zufällen rasch zu Grunde gehen. Die kräftigen erholen sich jedoch meist bald. Diese Zufälle treten sehr oft im kindlichen Alter ein, begleiten in mehr oder weniger hohem Grade die Entwiklung der Zähne, kommen nach Erkältungen, oft genug aber auch ohne bekannte Ursache vor.

7) Die Erscheinungen bei auf eine kleine Stelle des Gehirns beschränkter Hyperämie bestehen gemeiniglich in sehr heftigem bohrenden Schmerz, der zeitweise und namentlich intermittirend eintritt, und bald eingeleitet, bald gefolgt von Schwindel, eingenommenem Kopf, Denkunfähigkeit ist, zuweilen auch von Delirium begleitet wird.

8) Die Hyperämieen des kleinen Gehirns sind in ihren Symptomen noch weniger genau bekannt. In vielen Fällen gibt sich die Kleinhirncongestion durch die



Erscheinungen des Rausches kund: Entstellung der Züge, lallende Sprache, unsicheren Gang. Oft ist dabei grosse Empfindlichkeit einzelner Sinne, besonders der Haut, zuweilen sind Symptome von Priapismus oder Nymphomanie vorhanden.

9) Die secundären Hirnhyperämieen können alle einzelnen angegebenen Formen zeigen; die Erscheinungen sind aber mehr oder weniger unrein und gemischt mit den Symptomen der vorausbestehenden Erkrankung.

D. Die Ausgänge der Hyperämie des Gehirns und seiner Häute sind:

einfache Lösung;

unmittelbarer Uebergang in den Tod;

Zurükbleiben einer erweiterten Capillarität, besonders bei oft wiederholten oder lang dauernden Hyperämieen, und dadurch einer fortwährenden Disposition zur Wiederkehr der Blutüberfüllung;

Gefässriss und Extravasat in den Hirnhäuten oder in dem Gehirn;

Hypertrophie des Gehirns, besonders bei Kindern;

Exsudationen in den Häuten oder in der Hirnsubstanz;

chronische Veränderungen der Textur;

wahrscheinlich die Entwiklung von Neubildungen und Pseudoplasmen;

vielleicht Erweichung.

In den meisten Fällen ist zwar die Hyperämie des Gehirns und seiner Häute eine, wenn auch lästige, doch unbedeutende und ungefährliche Affection. Indessen sind die Fälle doch nicht selten, wo eine Hyperämie des Schädelinhalts für sich allein und ohne alle anderen Störungen im Körper oder und noch häufiger als mitwirkendes Moment den Tod herbeiführt, und zwar diess gewöhnlich in einem sehr acuten Verlaufe: in der Art eines Schlaganfalles oder doch einer binnen wenigen Stunden zu den schwersten Erscheinungen sich steigernden Catastrophe. Andererseits erhält die Blutüberfüllung des Schädelinhalts dadurch eine grössere Bedeutung, dass eine erhöhte Disposition zu ihrer Wiederkehr zurükzubleiben pflegt und dass nach häufigen Wiederholungen allmälig bald Functionsanomalieen habituell werden, bald aber andere anatomische Processe an die Hyperämie sich anschliessen, welche, wenn nicht einen grösseren, so doch gewöhnlich einen ungleich dauernderen Einfluss auf die Functionirung des Organs haben und diese weit mehr zerrütten, als die Hyperämie selbst. So scheinen namentlich manche in der Stille sich ausbildende Exsudationen, welche zu Verwachsung der Hirnhäute mit dem Hirn, der Ventrikelwandungen unter einander, zur Sclerosirung des Gehirns führen, unter dem Einfluss oft wiederholter Blutüberfüllungen zustandezukommen; es gehen ferner der Entwiklung von Neubildungen im Gehirn oft lange Symptome wiederholter Blutüberfüllung voran, so dass ein Zusammenhang zwischen dieser und jenen nicht zu bezweifeln ist. Aber auch die Anschliessung acuterer schwerer Processe an die Blutüberfüllung ist eine zu befürchtende Gefahr, und namentlich der Riss von Gefässen und damit die Extravasirung von Blut oder eine rasche wässerige oder plastische Exsudation sind Ereignisse, welche oft ganz unerwartet im Verlaufe einer scheinbar unbedeutenden Blutüberfüllung eintreten.

Alle diese Gefahren sind noch gesteigert, wenn die Blutüberfüllung in einem nicht ganz normalen Gehirn oder in einem Gehirn, das seine volle Ausbildung noch nicht erreicht oder aber schon den Involutionsprocess eingegangen hat, stattfindet. Nicht nur werden unter diesen Umständen die nachtheiligen Folgen für die Functionirung des Organs gewöhnlich viel beträchtlicher, sondern auch die Gefahr eines unmittelbar tödtlichen Ausgangs durch die Hyperämie oder die Wahrscheinlichkeit eines Uebergangs in andere, keine oder nur eine schwierige Ausgleichung zulassende Processe wird durch jene Verhältnisse wesentlich gesteigert. Es verdient darum die therapeutische Berüksichtigung der Hirnhyperämie vornehmlich bei kranken, unausgebildeten und alternden Gehirnen eine besonders aufmerksame und zeitige Beachtung. Und die Beschränkung oder Unterdrükung der Blutüberfüllung ist zumal bei krankem Gehirn von um so grösserer Wichtigkeit, als sehr häufig mit der Beseitigung der Hyperämie alle Aeusserungen des Krankseins gehoben und der Schein der Gesundheit hergestellt oder doch die Symptome wesentlich ermässigt werden und das Fortschreiten zu schwereren Zuständen und zum endlichen Verfall sistirt oder verzögert wird.

III. Therapie.

Die Indicationen bei der Hyperämie des Gehirns sind:

1) Entfernthaltung aller Reizung des Organs und aller derjenigen Momente, welche die Hyperämie veranlassen und unterhalten können.

Absolute Ruhe und Abhaltung jeglicher Eindrüke auf die Sinne hat in acuten und heftigen Hirnhyperämieen einzutreten; milde Einwirkungen sind in acuten und minder heftigen, Regulirung der Lebensweise ist in chronischen nöthig. Diese Indication ist in allen chronischen Fällen, sowie in allen solchen, wo die Hyperämieen sich oft wiederholen, die wichtigste und häufig die einzige; in acuten Fällen ist sie wenigstens neben den andern Methoden nicht zu vernachlässigen.

2) Die Anwendung von Mitteln, welche das Blut im Gehirn vermindern können:

a) In sehr heftigen acuten Fällen ist unerlässlich die intensivste Anwendung der Kälte und die Vornahme kräftiger, sowohl allgemeiner, als und vornehmlich örtlicher Blutentziehungen. Alle übrigen Mittel sind in solchen Fällen nur Beihilfen, die zwar zuweilen recht nüzlich, aber doch stets nur von untergeordnetem Werthe sind.

b) In mässigen acuten Fällen hat man eine ziemlich willkürliche Auswahl zwischen Kälte, Blutentziehungen am Kopfe und an entfernten Theilen, Hautreizen, besonders auf die Füsse applicirt, drastischen Mitteln, reizenden Klystiren.

c) In chronischen Fällen dürfen die direct das Blut im Gehirn vermindernden Mittel nur sparsam, in grösseren Intervallen und mit Vorsicht angewandt werden.

3) Leichtere beruhigende Mittel, wie kleine Dosen von kohlensauren und pflanzensauren Salzen (Brausepulver), können ohne Schaden in fast allen Fällen gebraucht werden; kräftiger eingreifende Mittel, wie Narcotica, Anästhetica, Nervina, Metalle sind nur im Nothfall und bei sehr heftigem und lästigem Hervortreten einzelner Phänomene der Exaltation in Anwendung zu bringen.

4) Die belebenden Mittel können bei der Hirnhyperämie nur die Indicatio vitalis bei drohendem Collaps erfüllen, in allen andern Fällen sind sie nachtheilig und gefährlich. Auch noch so dringend indicirt müssen sie mit grosser Vorsicht in Anwendung kommen, und sind peripherische Reize, Riechmittel, Einreibungen den durch den Magen angewandten vorzuziehen.

3. Gerinnungen in den Gefässen.

a. Gerinnungen in den Arterien.

Sie können zustandekommen bei Herzkrankheiten, indem Gerinnsel von dem Herzen in die Arterie geschleudert werden; sie scheinen hauptsächlich links vorzukommen, rufen eine plözlich eintretende Hemiplegie der entgegengesezten Körperhälfte hervor, welche von einem apoplectischen Anfall nicht zu unterscheiden ist, und können bei Fortdauer des Lebens die dem Gehirn vorzugsweise zukommende Form der Mortification, nämlich die gelbe Erweichung zur Folge haben.

Rühle (Virchow's Archiv V. 189) hat drei Fälle mitgetheilt, in welchen rechtseitige Hemiplegie in Folge von Verstopfung, in einem Fall der linken Art. fossae Sylvii, in zwei Fällen der linken Cerebralcarotis durch Gerinnsel plözlich entstanden war. Der Tod erfolgte in einem Fall nach sieben Stunden, wobei ausser der Gerinnung, welche die linke Cerebralcarotis an ihrer zweiten Umbiegungsstelle innerhalb des Schädels verstopfte und sich in die Art. ophthalmica und fossae Sylvii erstrekte, nichts Krankhaftes im Gehirn gefunden wurde; in den beiden andern Fällen trat der Tod 11 Tage und später nach der plözlich eingetretenen rechtseitigen Lähmung ein, und zwar war in diesen beiden Fällen neben den Gerinnungen gelbe Erweichung: in dem einen Fall, wo die Art. fossae Sylvii verstopft war, nur am linken Corpus striatum, im andern, welcher ein Gerinnsel in der Cerebralcarotis zeigte, eine verbreitetere Erweichung von der Ventrikelwand bis zu den Gyri, von gelber Beschaffenheit in der grauen und von weisser in der weissen Substanz.

b. Gerinnungen in den Venen.

Verstopfungen der Venen des Gehirns durch Gerinnsel kommen ziemlich häufig vor, theils in der Nachbarschaft anderer localer Krankheitsprocesse, theils im Verlaufe verschiedener schwerer Erkrankungen, welche von Anfang an constitutionell sind oder die Constitution wesentlich alteriren, namentlich bei Pneumonie, bei Pyämie, bei chronischen cachectischen Zuständen, überhaupt bei allen solchen Erkrankungsformen, bei welchen auch in andern Venen des Körpers sich Gerinnungen bilden. Die Folge der Gerinnung ist zunächst eine intensive Stase im Capillarbereich der Vene, capilläre Apoplexie daselbst von verschiedener Intensität und im weiteren Verlauf Erweichung der Hirnstelle. Die Zufälle während des Lebens, wie die weiteren Folgen der Gerinnung unterscheiden sich jedoch nicht von dem, was bei der Entzündung der Vene zu geschehen pflegt, und ohne Zweifel sind viele Fälle, welche als Cerebralphlebitis bezeichnet wurden, nichts Anderes als consecutive Gerinnungen in den Venen gewesen. Es ist unmöglich, die Casuistik in dieser Hinsicht nachträglich zu reinigen, und es ist auch überflüssig, da alle näheren und weiteren Folgen beiden Processen gemeinschaftlich sind. S. daher Entzündung der Hirnvenen.

4. Das Blutextravasat.

Blutextravasirungen gehören zu den häufigsten Vorkommnissen im Schädelinhalt. Sie erfolgen am häufigsten durch Riss kleiner Arterien und Capillargefässe, seltener durch Ruptur von Venen oder grösserer Arterien, am Seltensten durch Bersten eines Sinus. Dem Siz nach können sie statthaben:

1) in die Substanz des Gehirns und in die Ventrikelräume, welche beiden Verhältnisse häufig vereinigt sind;

2) in die Pia (subarachnoideale Apoplexie);

3) in den Raum zwischen den harten und zarten Hirnhäuten (intermeningeale Apoplexie);

4) zwischen Dura und Knochen.

Diese Verhältnisse sind nach Vorkommen und nach Symptomen sehr wesentlich verschieden und haben unter einander wenig Uebereinstimmendes.

a. Blutextravasat in der Hirnsubstanz (Gehirnblutung, Apoplexia sanguinea cerebri. Apoplexie im engeren Sinne).

Die Symptome der Hirnblutung sind von den ältesten Zeiten her bekannt und der Art seines Eintretens entsprechend hat man dem Zustand den Namen Apoplexie gegeben. Aber die Vorstellungen über den wesentlichen Hergang dabei waren lange höchst confus und die gewöhnlichste Ansicht war seit der Zeit nach Galen die Annahme eines Stokens oder Austretens der Lebensgeister im Gehirn. Das Bedürfniss, die verschiedenen Verhältnisse, welche bei der Apoplexie auch der oberflächlichen Beobachtung sich darbieten, zu scheiden, hat in der damaligen Zeit zur Aufstellung von zahlreichen Species der Apoplexie geführt, welche bei der Unbekanntschaft mit dem wesentlichen Vorgange nur an untergeordnete Beziehungen angeknüpft werden konnten, welche aber nichtsdestoweniger sich in die ganze ärztliche Vorstellungsweise einbürgerten und noch bis in die neueste Zeit theilweise festgehalten wurden.

Das Vorkommen von Blutextravasaten im Gehirn der Apoplectischen wurde zwar schon frühzeitig hin und wieder bemerkt. Mit Bestimmtheit hat jedoch erst Fr. Hoffmann die Hämorrhagie aus zerrissenen Gehirngefässen als Ursache der Apoplexie erkannt und alsbald darauf J. J. Wepfer (Historiae apoplecticorum 1734 und Obs. med. pract. de affectibus capitis internis et externis 1745) viele derartige Beobachtungen veröffentlicht. Eine reiche Anzahl von Fällen mit lichtvollen Betrachtungen nach allen Seiten hin hat Morgagni (Epist. 2. u. 3.) über das Gehirnextravasat geliefert. Seit ihm ist mehr und mehr an die Stelle des früheren symptomatischen Begriffs der Apoplexie der anatomische des Gehirnextravasats getreten und es haben unter den zahlreichen Schriften besonders zur weiteren Kenntniss der Verhältnisse im apoplectischen Gehirn beigetragen: Kirkland (On apoplectic and paralytic affections 1792), Prost (Médecine éclairée par l'ouverture des corps 1804), Burdach (Die Lehre vom Schlagfluss 1806), Cheyne (Cases of apoplexy and lethargy 1812), Riobé (Observ. propres à resoudre cette question: L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement de sang dans le cerveau, est-elle susceptible de guérison 1814). Eine exacte Darstellung der Gehirnhämorrhagie hat Rochoux (Rech. sur l'apoplexie 1814. 2te Aufl. 1833) gegeben und zuerst die vollständige Abhängigkeit der Symptome von der Hämorrhagie festgehalten und nachgewiesen. Von dieser umfassenden Arbeit an ist die Lehre der Apoplexie nur durch Aufklärungen über einzelne Punkte und durch weitere genauere Feststellung der factischen Verhältnisse bereichert worden. Neben zahllosen kleineren und untergeordneten Arbeiten sind als bedeutendere Leistungen vornehmlich zu nennen: Serres, welcher (1817 Annuaire des hôpitaux I.) eine genauere Localisation der Apoplexie nach den Symptomen versuchte und (1822 Journ. de physiol.) zuerst die Apoplexieen des Cerebellum genauer kennen lehrte, Lallemand (Lettres sur l'encéphale von 1824 an, welcher eine Anzahl eigener und fremder Beobachtungen mittheilte und analysirte), Bouillaud (Mémoires de la société d'émulation 1826, welcher zuerst die Veränderungen in den Gefässen als Ursache ihres Risses nachwies), Abercrombie (Pathological and practical researches on the diseases of the brain and the spinal chord. 1828, eine genaue Erörterung der verschiedenen Verlaufsarten der Apoplexie enthaltend), Cruveilhier (im Dictionn. de médec. et de chir. prat. und in der Anatomie du corps humain, ausgezeichnet durch die genaue Verfolgung der anatomischen Verhältnisse), Bright (Reports of medical cases II. 266). Dance (1832 Arch. gén. A. XXVIII. 325, über multiple und disseminirte apoplectische Herde in der Peripherie des Gehirns), Jos. Frank (Praxeos medicae universae praecepta 1832. Pars 2. Vol. 1. Sect. 1, critiklose Sammlung der einzelnen Angaben früherer Schriftsteller), Ferrario (Statistica delle morti improvise e particolarmente delle morti per apoplessia 1834, grosse statistische Arbeit über den Tod durch Apoplexie), Andral (Clin. méd. V. 305. 1834), Monneret et Delaberge (Compend. de méd. prat. I. 226. 1836, sehr ausführliche Darstellung), Diday (1837 Gaz. méd. B. V. 241, welcher vornehmlich die capilläre Apoplexie genauer erörterte), Gendrin (Traité philos. de médec. prat. I. 376. 1838), Rokitansky (II.), Durand-Fardel (1844 Arch. gén. D. IV. 426 u. V. 35 mit genauen Untersuchungen über die Rükbildung und Vernarbung apoplectischer Herde), Copeman (a collection of cases of apoplexy 1845, Sammlung von 250 Fällen), Dietl (Anatom. Klinik der Gehirnkrankheiten 1846, pag. 239), Copland (On the causes, nature and treatment of palsy and apoplexy etc. 1850).

I. Aetiologie.

A. Das Blutextravasat im Gehirn wird zustandegebracht:

1) durch alle Causalverhältnisse der Hyperämie, indem jede intensive Stase auch zum Riss der Gefässe führen kann;

2) durch die Brüchigkeit der Gefässwandungen, welche ihren Grund haben kann:

in Texturveränderung der Gefässhäute selbst: in Verdünnung, Verfettung, atheromatöser Entartung, Verkreidung, Bildung von aneurysmatischen Ausbuchtungen, — Veränderungen, welche sowohl an Arterien jeden Calibers, als auch vielleicht zum Theil an den Capillargefässen vorkommen können und in Folge welcher die Gefässwandungen nicht nur einem verstärkten Blutdruke weniger leicht widerstehen, sondern auch bei der gewöhnlichen Circulation zu reissen geneigt sind;

oder in Processen in dem Parenchym, durch welche dessen Consistenz und Zusammenhang beeinträchtigt wird (z. B. Entzündungen, Erweichungen der Hirnsubstanz) und die daselbst verlaufenden Gefässe gleichfalls zu Rupturen disponirter werden.

Ohne Zweifel gibt es noch weitere, nicht näher zu bezeichnende, theils locale, theils durch die Constitution bedingte Verhältnisse der Gefässwandungen, bei welchen diese im Gehirn, wie an andern Theilen zu Rupturen disponirt werden, und daher fällt mit der Bildung von Petechien, Hämorrhagieen an den verschiedensten Stellen sehr häufig auch die Entstehung eines Blutextravasats im Gehirn zusammen (hämorrhagische Diathese).

3) Wenn schon Hyperämie und Brüchigkeit der Gefässe an sich hinreichen, eine Ruptur herbeizuführen, so wird häufig noch überdem die Veranlassung und gleichsam der Ausschlag gegeben durch momentan verstärkte Herzcontractionen oder durch eine plözliche, wenn auch ganz vorübergehende Unterbrechung des Blutrükflusses durch die Venen, wodurch, ohne dass nothwendig eine Hyperämie zu entstehen braucht, ein gleichsam stossweise verstärkter Druk in dem ganzen Gefässsystem bewerkstelligt und so die Ruptur zuwegegebracht wird.

Blutüberfüllung, Brüchigkeit der Gefässe und verstärkter Herzimpuls sind die drei bekannten Verhältnisse, durch welche die Blutextravasate im Gehirn herbeigeführt werden. Selten ist eines derselben allein wirksam; meist ist durch die Beschaffenheit der Gefässe die Disposition zu der Hämorrhagie vorbereitet. Blutüberfüllungen, die von den verschiedensten Ursachen herbeigeführt werden können, steigern die Gefahr und führen entweder für sich den Riss herbei, oder es entsteht dieser durch das zufällige Hinzutreten einer plözlichen und wenn auch noch so kurzen verstärkten Drukwirkung vom Herzen oder von den Venen her. Aber sehr viele Apoplexieen kommen ohne allen Zweifel ohne irgend eine vorangehende Blutüberfüllung zustande. Wenn in solchen Fällen eine bedeutende Veränderung in den Wandungen der Gefässe bestanden hat oder eine beträchtlich verstärkte Action des Herzens vorangegangen ist, so lässt sich das Ereigniss der Ruptur vollständig begreifen. Allein es ist nicht in Abrede zu stellen, dass in manchen Fällen von Blutextravasat im Gehirn die Gründe des Ereignisses sich nicht genügend erkennen lassen und dass zuweilen ohne erhebliche Hyperämie, ohne verstärkte Herzaction und selbst ohne alle nachweisbaren Veränderungen an den Gefässwandungen Apoplexieen sich finden.

B. Das Vorkommen der Apoplexie wird unter einer Reihe von Umständen und Verhältnissen mit besonderer Häufigkeit beobachtet, und wenn auch mit Sicherheit angenommen werden kann, dass in allen diesen Fällen die Apoplexie durch eines oder mehrere der obengenannten Causalmomente zustandekommt, so ist es doch zwekmässig, diejenigen Einflüsse

und Situationen, welche erfahrungsmässig den Eintritt eines Blutergusses im Gehirn besonders fördern und begünstigen, hervorzuheben. Bei manchen dieser Verhältnisse ist zugleich der Modus ihrer Wirkung ganz unverfolgbar, wenngleich das factische Vorhandensein eines Einflusses auf die Entstehung von Gehirnapoplexieen nicht bezweifelt werden kann.

Keine Jahreszeit ist frei von Apoplexieen; aber diese treten zu manchen Zeiten in so cumulirter Weise auf, dass ein Einfluss atmosphärischer Verhältnisse nothwendig angenommen werden muss; jedoch ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen, welche atmosphärische Modificationen vorzugsweise zur Apoplexie disponiren.

Keine Tageszeit verhindert das Eintreten der Apoplexie; allein diese kommt so überwiegend häufig in den Morgenstunden vor, dass auf wenige Stunden des Vormittags der Eintritt von mehr als zwei Dritttheilen aller Apoplexieen zu fallen pflegt und dass daher ein, wenn auch seinem Wesen nach unbekannter Einfluss dieser Tageszeit kaum in Abrede zu stellen ist.

Kein Alter ist frei von Apoplexieen des Gehirns; aber diese ist ganz überwiegend häufig in dem mittleren und späteren Mannesalter, so dass zwischen das 40ste und 70ste Jahr die unverhältnissmässige Mehrzahl von Apoplexieen fällt.

Männer werden etwas häufiger befallen, als Frauen.

Kein Körperbau und keine Constitution schüzt vor Apoplexie; doch kommt diese ungleich häufiger bei gedrungenen, breitschulterigen und kurzhalsigen Individuen vor, als bei entgegengeseztem Bau; ferner viel häufiger bei Plethorischen, Gedunsenen, Fetten, obwohl andererseits nicht selten gerade bei zuvor wohlgenährten Subjecten in die Zeit einer zufälligen Abmagerung der Eintritt der Apoplexie fällt.

Herzkranke, Individuen mit Rigidität zugänglicher Arterien (Temporalis), Emphysematöse, Kropfige, Trinker sind vorzugsweise der Apoplexie unterworfen. Sie kommt nicht selten im Verlauf und in der Reconvalescenz schwerer acuter Krankheiten, besonders des Typhus vor, ferner während der Dauer, oft auch beim Eintritt der Besserung verschiedener chronischer Constitutionserkrankungen.

Gemüthsbewegungen, besonders plözlich hervorgerufene Affecte sind häufig die Veranlassung zu dem Blutextravasat.

Wärme des Kopfes, anhaltende Kälte, welche denselben trifft, Erschütterungen desselben, tiefe Lage, rasche Bewegungen, anhaltender Schlaf begünstigen den Eintritt von Apoplexie.

Die Apoplexie gehört weder zu den seltenen, noch zu den sehr häufigen Krankheitsformen. Nach einer Statistik von Ferrario kamen unter 532,659 Todesfällen 12,811 durch Apoplexie vor: also 1 : 41½. Unter 3072 Sectionen, welche aus der Prager und Wiener Leichenkammer veröffentlicht wurden, waren 75 Apoplexieen, also 1 : 40, was mit Ferrario's Annahme vollkommen übereinstimmt.

Als disponirend zur Apoplexie hat man bald den hohen Sommer, bald den tiefen Winter, bald die Zeit der Tag- und Nachtgleiche im Frühjahr und Herbst angenommen, bald einen geringen Druk der Atmosphäre, bald einen ungewöhnlich hohen (Horn in dessen Archiv 1813, Dec. 387), bald diesen, bald jenen Wind, bald hat man alle diese Einflüsse geläugnet, und in der That zeigt die kleine Statistik von Rochoux eine vollständig gleiche Vertheilung der Apoplexie durch die vier Jahreszeiten (16—19 Fälle in jeder). Auch in der umfassenden Statistik von Ferrario ist der Unterschied der einzelnen Monate nicht erheblich: während im Januar die höchste Zahl 1176, im November, December, Februar und März nahezu 1000 vor-

kamen, fällt das Minimum auf den August, wo 645, und kommen auf den Juni, Juli und September nahe an 700, auf die übrigen Monate zwischen 800 und 900, — Unterschiede, welche mindestens nicht sehr beträchtlich sind, jedoch zeigen, dass wenigstens für Italien die Sommerhize nicht zur Apoplexie prädisponirt. Troz dieser negativen Resultate der Statistik ist nicht in Abrede zu stellen, dass die Apoplexieen, wenn sie auch das ganze Jahr hindurch in einzelnen Fällen vorkommen, zeitweise zu einer ungewöhnlich grossen Häufigkeit sich erheben. Nach den Aufzeichnungen im hiesigen Jacobshospitale aus den vier lezten Jahren zeigte sich die Vertheilung der Apoplexieen zwar durch alle Jahreszeiten hindurch, aber doch immer so, dass im Laufe von 2—3 Monaten cumulirte Fälle sich ereigneten, dann eine 5—10monatliche Pause eintrat, in der gar keine oder nur vereinzelte Fälle vorkamen. Gerade in der lezten Zeit herrschten mit dem Beginn des Frühjahrs in Leipzig die Apoplexieen in ganz ungewöhnlicher Häufigkeit, während der Barometerstand fast durchaus hoch blieb, die allgemeine Sterblichkeit nicht über das Mittel sich erhob und keine einzelne Krankheitsform in ausgedehnterer epidemischer Verbreitung sich zeigte, namentlich Hämorrhagieen aus andern Organen nicht häufiger waren, als sonst. Zu andern Zeiten dagegen sieht man die Hirnextravasate gleichzeitig mit ungewöhnlich häufigen Blutungen aus den Lungen, mit Geneigtheit zu Petechien vorkommen. Ueberhaupt scheint es, dass die Regeln für ihren Eintritt von sehr mannigfachen Einflüssen abhängig seien und darum nicht wohl sich berechnen lassen. Der schroffe Wechsel der Witterung scheint eines dieser Momente zu sein, das aber sehr oft durch andere modificirt oder ersezt wird. Ferrario nimmt an, dass in der heissen Jahreszeit sowohl kalte, als schwüle Tage, in der kalten aber besonders warme Tage die apoplectischen Anfälle herbeiführen.

In allen Altersklassen hat man Gehirnapoplexieen beobachtet, doch sind sie nicht ganz gleich in der Häufigkeit vertheilt. Copeman zählte unter 197 Apoplexieen 20 Fälle unter 20 Jahren, 30 zwischen 20 und 30 Jahren, 31 zwischen 30 und 40, 31 zwischen 40 und 50, 25 zwischen 50 und 60, 30 zwischen 60 und 70, 25 zwischen 70 und 80 und 5 über 80. Es ist dabei bemerkenswerth, dass die Sterblichkeit durch die Krankheit noch grössere Differenzen in den verschiedenen Altern zeigt, als die Häufigkeit der Apoplexie selbst: unter 20 Jahren betrug die Mortalität 0,90 der Fälle, zwischen 20 und 30 0,60, zwischen 30 und 40 0,83, zwischen 40 und 50 fast ebensoviel, zwischen 50 und 60 0,88, zwischen 60 und 70 0,56, zwischen 70 und 80 0,64, über 80 0.60. — In der Statistik von Ferrario über 10432 Fälle von tödtlichen Apoplexieen fielen auf das Alter unter 10 Jahren: 145, bis 20: 224, bis 30: 408, bis 40: 778, bis 50: 1363, bis 60: 2163, bis 70: 2839, bis 80: 2026, bis 90: 464, bis 100: 20, über 100: 2. — In Betreff des Geschlechts hat Copeman ein Verhältniss der männlichen Apoplectischen zu den weiblichen wie $2^1/_8$: 1, Ferrario dagegen nur wie 16 : 13 gefunden.

Die früher allgemein angenommene Prädisposition des gedrungenen, torösen Körperbaus zur Apoplexie ist in neuerer Zeit vielfach geläugnet worden, und es ist kein Zweifel, dass das Extravasat im Gehirn auch bei schlankem und schmächtigem Körperbau oft genug vorkommt. Es ist selbst anzunehmen, dass die Apoplectischen mit untersezter Statur nicht häufiger sind, als die, welche einen andersartigen Körperbau zeigen. Allein die ungefähren Schäzungen und die statistischen Notizen in dieser Beziehung würden nur dann einen entscheidenden Werth bekommen, wenn mit der Häufigkeit der Apoplexieen bei unterseztem und nicht unterseztem Körperbau gleichzeitig die Häufigkeit des Vorkommens dieser beiden Staturverschiedenheiten in der Bevölkerung überhaupt verglichen würde. Soviel scheint unzweifelhaft zu sein, dass eine ungewöhnlich grosse Anzahl der Individuen, welche von untersetztem Bau, breiten Schultern, kurzem Halse sind und ein höheres Alter erreichen, von Apoplexie betroffen werden, während bei den viel zahlreicheren Individuen mit entgegengeseztem Bau diess mindestens verhältnissmässig seltener ist.

Unter den Herzkrankheiten sind es besonders die Hypertrophieen des linken Ventrikels, bei welchen überwiegend häufig die Hirnapoplexieen vorkommen. Dass Individuen mit Rigidität zugänglicher Arterien ganz besonders oft von Apoplexie befallen werden, hängt damit zusammen, dass die atheromatösen Ablagerungen, welche durch die Derbheit der Wandungen der oberflächlichen Arterien angezeigt werden, in den meisten Fällen gleichzeitig auch in den tieferen Gefässen und namentlich auch in denen des Gehirns sich finden. Dass Säufer so oft der Apoplexie unterworfen sind, hängt theils von den oft wiederholten Blutüberfüllungen ihres Gehirns ab, theils aber von den meist bei ihnen sich ausbildenden Veränderungen in den Arterien und in der Ernährung des Herzens. Auch inveterirte constitutionelle Syphilis scheint eine erhöhte Disposition zu begründen. — Bei Typhösen und andern Schwerkranken kommt die Apoplexie seltener auf der Höhe der Affection, als

nach eingetretener Besserung oder Reconvalescenz vor. — Die Affecte (Zorn etc.), durch welche so oft das Blutextravasat entsteht, wirken theils durch die ungleiche Vertheilung des Blutes im Körper, welche in Folge des Affectes eintritt, theils durch die gemeiniglich beschleunigte und verstärkte Herzaction.

II. Pathologie.

A. Der Austritt von Blut geschieht vornehmlich durch Eröffnung der Wandungen kleiner Arterien oder Capillarien, zuweilen aus mehreren kleineren Gefässen gleichzeitig, selten durch Ruptur einer Arterie grösseren Calibers. Die Hämorrhagie betrifft entweder nur eine einzelne Stelle des Gehirns, oder gleichzeitig zwei, mehrere, selbst sehr viele. Sie kann an jeder Stelle des Gehirns vorkommen, ist jedoch unendlich häufiger im Grosshirn als im Kleinhirn und findet sich in jenem hauptsächlich an solchen Stellen, wo graue Substanz an weisse grenzt. In der sehr überwiegenden Mehrzahl der Fälle findet das Extravasat in der Nähe der Seitenventrikel: im Corpus striatum und Thalamus, sodann im vorderen Lappen, viel seltener in den übrigen Theilen und namentlich seltener in der Hirnrinde statt. — Das aus den Gefässen ausgetretene Blut ergiesst sich zwischen die Parenchymfasern, diese zum Theil zertrümmernd und jedenfalls sie quetschend, und kann mittelst Rupturen der Hirnsubstanz bis zur Oberfläche des Organs oder in die Ventrikel dringen.

Die Blutungen aus Capillarien und wohl auch die aus sehr kleinen Arterien und Venen sind augenblikliche Ereignisse, bei welchen durch das ausgetretene Blut selbst sofort der weitere Austritt verhindert wird. Sie können nur dadurch sich scheinbar in die Länge ziehen, dass bei Fortdauer der Ursachen in der nächsten Nachbarschaft oder an andern Stellen ähnliche neue Blutungen durch abermaliges Reissen kleiner Gefässe folgen. — Sobald dagegen eine Arterie von etwas erheblicherem Caliber zerrissen ist, so findet durch das nachdringende Blut ein verlängertes Ausströmen an der Stelle selbst statt. Zwar bildet auch in diesen Fällen das Extravasat selbst eine Art von Heilmittel für die fortdauernde Blutung, indem es auf das blutende Gefäss drükt und so das weitere Ausströmen verhindert. Je grösser aber das Gefäss und je bedeutender die Gewalt des Blutstroms ist, um so weniger gelingt die spontane Verstopfung und um so mehr dauert die Blutung fort, bis der Druk des Extravasates auf den ganzen Schädelinhalt ein so beträchtlicher wird, dass der Fortgang des Lebens selbst dadurch unmöglich gemacht ist (so in vielen Fällen fulminanter Apoplexie).

In der grossen Mehrzahl der Fälle von Hirnapóplexie, welche zur klinischen Beobachtung kommen, ist das Blut in die Wandungen der Seitenventrikel ausgetreten; ausser diesen sind besonders von Wichtigkeit die Apoplexieen des Pons, grössere Hämorrhagieen im Kleinhirn. Einzelne andere Stellen zeigen zwar, wenn sie der Siz von Blutergüssen werden, sehr wichtige Symptome, wie z. B. die Hirnschenkel, aber das Vorkommen von Hämorrhagieen in ihnen ist eine grosse Seltenheit. Noch andere Stellen des Gehirns sind zwar Apoplexieen nicht selten unterworfen; aber diese bestehen entweder neben Ergüssen in den schon genannten Theilen, oder sie geben gar keine Erscheinungen, oder endlich sie bewirken solche nur bei sehr voluminösen Herden.

Die einfachen Hämorrhagieen im Gehirn können ebensowohl umfänglich, als sehr beschränkt sein. Wenn mehrere apoplectische Stellen sich finden, so sind sie in der Mehrzahl der Fälle klein, um so mehr, je zahlreicher sie sind. Doch kommt es vor, dass zuweilen gleichzeitig einige sehr umfangreiche apoplectische Stellen sich vorfinden, welche dann meist nicht symmetrisch gelagert sind.

Das Extravasat erscheint in mehrfachen Modificationen, die mit den Verschiedenheiten parenchymatöser Blutungen in andern Organen vollkommen übereinstimmen:

1) als ecchymotische Blutung (capilläre Apoplexie), welche bald vereinzelt, bald sparsam und zerstreut, bald mehr oder weniger zahlreich ist und in lezterem Falle entweder in unzähligen Petechien das Ge-

hirn in seiner Substanz und auf seiner Oberfläche überzieht, oder an einzelnen Stellen gehäuft ist (Uebergang zum Infarct). Die ecchymotische Blutung stellt sich bald in dunkelrothen oder schwarzen Punkten und Fleken, bald in kleinen länglichen Striemen dar, deren Form von der Faserung des Gehirns abhängt. Die Ecchymosen resorbiren sich leicht und vollständig, wenn der Tod nicht früher erfolgt. Sind sie gehäuft, so bedingen sie eine Form der Erweichung.

2) Der Infarct, welcher aus dicht gehäuften petechialen Ergüssen besteht und eine mehr oder weniger grosse Ausbreitung haben kann. Die Stelle ist gewöhnlich schwarzroth, braunroth oder gelblichbraun, je nach dem Reichthum an ausgetretenen Blutkörperchen, gewöhnlich morsch oder erweicht und zuweilen selbst breiig aufgelöst. Bei dieser Form sind die Fasern des Gehirns zum Theil zertrümmert oder doch in hohem Grade gequetscht. Eine vollständige Resorption des infarcirten Extravasats ist unwahrscheinlich; doch kann es mit Schrumpfung und narbiger Einziehung heilen, aber auch secundäre Entzündung und ausgebreitete Erweichung zur Folge haben und später durch Schmelzung der Stelle zu einer apoplectischen Cyste Veranlassung geben. Es ist wahrscheinlich, dass die Mehrzahl der mit schwereren Symptomen verlaufenden und doch heilenden Apoplexieen nichts weiter als Infarcte sind.

3) Die Herstellung einer Blutlache im Gehirn, eines apoplectischen, d. h. mit Blut gefüllten Herdes. Die Hirnfasern sind bald nur auseinandergedrängt und eine Quantität Blut von wenigen Tropfen bis zu mehreren Unzen hat sich in dem neugeschaffenen, hirsekorn- bis faustgrossen Raume gesammelt. Bald sind zugleich Hirnfasern in mehr oder weniger grossem Umfange zertrümmert und dem blutigen Inhalt des Herdes beigemischt. — Ein solcher Herd kann beim ersten Eintreten des Ereignisses sogleich in seiner ganzen Grösse sich herstellen, wobei er meist zerrissene und zerfezte Wandungen zeigt, oder er nimmt durch Fortdauer und successiven Wiedereintritt der Blutung allmälig an Grösse zu, in welch lezterem Falle vornehmlich die Wandungen der Bluthöhle glatt und zusammengedrükt erscheinen. Die Blutlache drükt, um so mehr, je grösser sie ist, auf das ganze Gehirn, verdrängt das Blut aus den Gefässen, plattet die Corticalsubstanz durch Andrüken an das Schädeldach ab und kann Hirntheile dislociren.

Das Blut in dem Herde erscheint bald flüssig, selbst wenn mehrere Tage nach Eintritt der Apoplexie vorübergegangen waren, bald ganz oder grösstentheils geronnen, und in lezterem Falle bald mit den Wandungen des Herdes verklebt, bald nicht. In kurzer Zeit fangen an Veränderungen in dem Blutherde und in seiner Nachbarschaft sich herzustellen: das Blutcoagulum wird missfärbig, bräunlich, derber, die Wände des Herdes ebnen und glätten sich, die Nachbarschaft wird etwas erweicht und häufig der Siz einer mehr oder weniger beträchtlichen Hyperämie. Der Blutherd verkleinert sich nun entweder, indem die flüssigen Bestandtheile allmälig resorbirt werden und das Coagulum unter fortdauernder Entfärbung und zunehmender Zähigkeit und Derbheit schrumpft, und es kann dieser Rükbildungsprocess in günstigen Fällen bis zum vollständigen Verschwinden

des Herdes unter Zurükbleiben einer pigmentirten Narbe fortschreiten. Oder aber es bleibt von Anfang an oder auf jeder Stufe der Rükbildung der Blutherd stationär und es stellt sich eine permanente Cyste her, welche entweder eine allmälig klarer werdende Flüssigkeit enthält oder nachträglich durch die Entzündung der Nachbarschaft mit Eiter gefüllt wird (Umwandlung des apoplectischen Herdes in einen Abscess). Diese Herstellung einer bleibenden Cyste wird vornehmlich bedingt durch den Gang des Reactionsprocesses in den Wandungen des Herdes. Besteht derselbe nur in einer vorübergehenden Hyperämie, so ist die allmälige Resorption des Extravasats am meisten begünstigt. Führt die Reaction zu einer umfänglichen Erweichung der Nachbarschaft oder zu einer Exsudation in den benachbarten Hirnhäuten, so erfolgt der Tod, ehe in dem Herde selbst erhebliche Veränderungen vorgegangen sind. Bildet sich dagegen in der Umgebung des Herdes eine derbe Infiltration, so wird durch diesen Reactionswall die rasche Resorption des Extravasats verhindert und das leztere gewissermaassen isolirt und dadurch der Herd permanent. Zwar kann eine solche von derben Wandungen umgebene Cyste auch später noch sich verkleinern und schrumpfen, aber nur sehr langsam; oder es kann der fast erloschene Reactionsprocess aufs Neue beginnen und entweder durch eiterigen Erguss in den Herd eine Umwandlung in Abscess oder durch entzündliche Erweichung der Nachbarschaft den Tod herbeiführen. — Ueberdem kann es geschehen, dass in den erweichten Partieen, welche den Herd umgeben, neue Risse von Gefässen und Blutergüsse eintreten, oder dass durch den Druk auf die rükführenden Gefässe ein Austritt von Serum und eine seröse Durchfeuchtung des Hirns in mehr oder weniger grossem Umfange geschieht, oder endlich dass, wahrscheinlich in Folge von Gerinnungen in den Gefässen, ein Absterben der benachbarten Hirnmasse in der Form der gelben Erweichung stattfindet.

Diese verschiedenen Verhältnisse des Blutergusses können jedoch nicht nur neben einander bestehen, theils an verschiedenen Stellen des Gehirns, theils auch in unmittelbarer Aneinandergrenzung, so dass z. B. ein Blutherd umgeben ist von einem Infarcte und über diesen hinaus mehr und mehr zerstreute petechiale Blutungen sich zeigen, sondern sie sind in der That auch an sich nicht vollkommen getrennte Verhältnisse, und es lässt sich häufig nicht entscheiden, ob man einen Erguss als dicht gedrängte Petechien oder als Infarct, als unvollständige Blutlachenbildung oder als eine Infarcirung mit beginnender Zertrümmerung des Gewebes bezeichnen soll.

Alle diese Formen des Extravasats lassen, wenn der Umfang des Blutaustrittes nicht zu gross ist oder der Tod nicht aus andern Gründen herbeigeführt wird, eine Heilung zu, wobei jedoch in der Regel mehr oder weniger deutliche Spuren der stattgehabten Blutung an der Stelle hinterbleiben. Ob und wie häufig und unter welchen Umständen eine vollkommene Restitution einer hämorrhagischen Stelle im Gehirn sich herstellen kann, lässt sich begreiflich nicht entscheiden, da die Erscheinungen des Extravasats durch andere Verhältnisse herbeigeführt werden können und bei vorgefundener Unversehrtheit des Gehirns sich nicht beweisen lässt, dass die frühere Diagnose nicht auf einem Irrthum beruhte. Die Reste, welche das Extravasat hinterlässt, sind:

Ueberbleibsel von festen Bestandtheilen des ausgetretenen Blutes an der Stelle: Pigmentirung, Faserstoffreste;

Cysten mit hellem oder gefärbtem Serum gefüllt;

Höhlen, deren Wandungen sich genähert haben;

Narben mit oder ohne Pigmentirung.

S. über den Rükbildungsprocess hämorrhagischer Stellen im Gehirn Durand-Fardel (Arch. gén. D. IV. 426).

4) Bei grossen Extravasaten, zumal bei solchen, welche durch ein fortdauerndes Bluten eines Gefässes entstehen, sehr selten bei kleineren Ergüssen kann es geschehen, dass die Hirnsubstanz, welche den Herd von der Ventrikelhöhle oder der Hirnoberfläche trennt, berstet und das Blut in die Ventrikel oder unter die Hirnhäute austritt.

Dieser Durchbruch kann bei reichlichem Blutergusse im ersten Momente der Apoplexie erfolgen; häufiger findet er nachträglich statt: entweder in Folge neuen Austretens von Blut in den ursprünglichen Herd oder durch zufällige Erschütterungen des Körpers (Transport, Fahren). Ein solcher Durchbruch, bei welchem, vornehmlich wenn er in die Ventrikel erfolgt, das Blut in grosser Menge in diese eindringen und sofort durch sämmtliche Ventrikel sich ausbreiten kann, beseitigt den Druk, welchen das ausgetretene Blut auf das blutende Gefäss selbst ausübte und kann dadurch die Veranlassung zu einem neuen Ergusse aus diesem in den ursprünglichen Herd werden, somit eine Vermehrung des Extravasats begünstigen, was sehr häufig durch bestimmte Erscheinungen angezeigt ist. Er ist daher stets ein sehr gefährliches Ereigniss, und es ist zweifelhaft, ob jemals nach demselben das Leben länger als wenige Tage erhalten bleiben kann.

5) Die Veränderungen, welche in der Hirnsubstanz durch den Reactionsprocess um den Herd in mehr oder weniger grosser Ausbreitung eintreten, sind nicht die einzigen Folgen, welche dieselbe in Folge des Extravasats erleidet. Vielmehr bemerkt man in fast allen Fällen, selbst nach geringfügigen Blutergüssen und nach scheinbarer Genesung von der Apoplexie, dass eine verfrühte Involution in dem Gehirn beginnt und dass die in normalen Verhältnissen erst im höchsten Greisenalter sich einstellende Atrophie des Gehirns in Kurzem, selbst bei noch jugendlichen Subjecten, nach einer stattgefundenen Apoplexie sich ausbildet, indem zugleich Verdikungen der Hirnhäute auch an Stellen, die zunächst unbetheiligt an dem Extravasat waren, wässerige Ergüsse in den Subarachnoidealraum und in die Ventrikel sich einstellen, während die ganze Hirnsubstanz und vornehmlich die Gyri schwinden. Zwar macht dieser Process der secundären Atrophie in manchen Fällen nur langsame Fortschritte, scheint sogar zuweilen noch bis zu einem gewissen Grade sistirt werden zu können, während er in andern, troz der scheinbar noch so günstigen Gestaltungen in dem Extravasate rasch hohe Grade gewinnt und auch ohne Wiederholung des Blutergusses nach Monaten oder wenigen Jahren den Untergang herbeiführt.

B. Phänomene der Hirnblutung.

1) Vorläufer der Apoplexie können ganz fehlen und der Anfall kann sogleich mit den heftigsten Erscheinungen beginnen.

In andern Fällen dagegen sind Symptome vorhanden, welche das Ansehen und in gewisser Beziehung den Werth von Vorboten haben. Sie hängen ab:

entweder von der die Apoplexie zuweilen einleitenden Hyperämie;

oder von einer bereits zustandegekommenen, aber nur undeutliche Symptome machenden Blutung im Gehirn, und zwar können in lezterer Beziehung die unbestimmteren Symptome einer Hirnblutung als Vorläufer eines späteren entschiedeneren Anfalles angesehen werden:

wenn eine geringfügige Apoplexie einer späteren heftigen vorangeht;

wenn die erste Blutung zwar in starkem Maasse, aber an einem bedeutungslosen oder doch wenig Symptome gebenden Orte stattgefunden hat,

in welchem Falle die viel heftigere Apoplexie nur den Character von Prodromalsymptomen, das viel beschränktere zweite Extravasat erst die Erscheinungen eines vollkommenen apoplectischen Anfalls darbieten kann;

wenn gehäufte capilläre Apoplexieen allmälig an der Stelle sich vermehren und nach und nach erst die Zertrümmerung der Gehirnsubstanz vollenden;

wenn das zerrissene Gefäss nur langsam Blut ergiesst, wobei die ersten Mengen des Extravasats nur vorbotenartige Symptome machen und erst nach Vergrösserung des Herdes die Erscheinungen eines entschiedeneren apoplectischen Anfalls eintreten.

In allen diesen verschiedenen Fällen können die vorbotenartigen Symptome sich ziemlich gleich verhalten: es sind vornehmlich Schwindel, undeutliches Sehen, Ohrensausen, Kopfschmerz, eine rauschartige Umnebelung, eine erschwerte und stammelnde Sprache, Taubsein der Extremitäten, schwankende Bewegungen und selbst zuweilen schon Spuren einseitiger Lähmung im Gesicht und an den Gliedmaassen.

In vielen Fällen tritt der apoplectische Anfall so unerwartet ein, dass der Kranke mitten im besten Wohlbefinden und während der vollständigsten Ausübung seiner Hirnfunctionen von demselben befallen wird, und zwar diess durchaus nicht bloss in solchen Fällen, in welchen beträchtliche Gelegenheitsursachen den Ausschlag gegeben haben. In der Mehrzahl der Fälle jedoch, wo der Kranke später über seine Empfindungen Rechenschaft geben kann, sind mehr oder weniger deutliche vorbotenartige Erscheinungen dem Anfall vorangegangen. Nicht selten klagt der Kranke selbst mehrere Tage und Wochen vor dem Anfall über solche Zufälle. Doch es haben diese vorbotenartigen Erscheinungen nichts durchaus Characteristisches: sie kommen oft ganz in derselben Weise vor, ohne dass ein apoplectischer Anfall sich einstellt. Wo der Tod nach einer von Prodromalsymptomen angekündigten Apoplexie eintritt, findet man zuweilen in der Leiche keine Störungen, welche den Vorläufern zugeschrieben werden könnten; in andern Fällen dagegen lässt die Beschaffenheit der Gefässe an den nicht apoplectischen Hirnstellen, die Beschaffenheit der Hirnhäute u. dergl. vorangegangene Hyperämieen vermuthen; gar nicht selten aber ist es, dass man apoplectische Herde von verschiedenem Datum findet, von welchen ganz offenbar die älteren nur die vorbotenartigen Symptome hervorbrachten. Solche vorangegangene und nicht diagnosticirte Hämorrhagieen sind in vielen Fällen unbeträchtlich, capillär; zuweilen aber finden sich in der Nähe der Oberfläche des Gehirns, im Kleinhirn grössere apoplectische Cysten, welche offenbar keine entschiedenen Zufälle, sondern nur die leichteren Erscheinungen der apoplectischen Vorboten veranlasst hatten, während Coma, Lähmung und Tod erst durch ein neues Extravasat in der Nähe der Ventrikel, im Pons etc. zuwegegebracht wurden. Auch bei dem langsam zunehmenden Bluterguss aus einem zerrissenen Gefässe mögen oft die als Vorboten bezeichneten Erscheinungen von den ersten Mengen des ergossenen Blutes herbeigeführt werden, so dass, was man als Vorläufer ansieht, bereits der Anfang des apoplectischen Anfalls ist. — Die auf so verschiedene Weisen entstehenden vorbotenartigen Symptome des apoplectischen Anfalls lassen sich nach der Verschiedenheit ihres Ursprungs und ihrer Bedeutung gemeiniglich nicht unterscheiden, und nur unter besonders günstigen Umständen sind Vermuthungen in dieser Beziehung gerechtfertigt.

2) Die allgemeinen Wirkungen des Blutextravasats im Gehirn sind:

a) Erscheinungen, welche im Momente des Blutaustrittes eintreten, nämlich:

plözliche Aufhebung der Functionirung und Functionsfähigkeit, respective der Leitung in den mit ausgetretenem Blute belasteten oder zerrissenen und zertrümmerten Hirntheilen: Aufhebung der Sinneswahrnehmungen, der psychischen Functionen, des Einflusses des Willens auf die Beweg-

ungen je nach der Verschiedenheit der Stelle, welche von dem Blutextravasat betroffen ist.

Diese Suspension der Functionirung kann, so lange die Hirnfasern nur gedrükt und nicht zerrissen sind, mehr oder weniger vollständig sein je nach dem Grade des Drukes, welchen das Blut ausübt; die Aufhebung der Functionen kann entweder sogleich vollständig sein, wenn mit einem Male die Hirnstelle mit ausgetretenem Blute überfluthet oder aber zertrümmert wird; sie nimmt dagegen mehr allmälig zu, wenn der Blutaustritt successiv erfolgt und der Herd dadurch an Umfang zunimmt.

Druk und Zerrung entfernter Theile des Gehirns, entweder aller oder nur einzelner, und in Folge davon Störung der von diesen Theilen abhängigen Functionen: meist gleichfalls Suspension ihrer Thätigkeit (daher Aufhebung der Functionen des Gesammthirns, Eintritt eines schlafartigen Zustandes bei fast jedem Size eines grösseren Extravasats), nur selten und bei geringerer Beeinträchtigung Symptome der Reizung (Kopfschmerz, Sinnestäuschungen, Delirium, Convulsionen).

Dieser Einfluss auf Theile, welche der Blutung selbst fern liegen, ist seinem Grade nach abhängig von der Menge des Extravasats, daneben aber auch von etwa gleichzeitig bestehenden drükenden Verhältnissen (Hyperämieen, Tumoren, Hydrocephalus); diese Wirkung ist überdem vorübergehender als die des immediaten Druks, da zum Theil der Druk auf das Gesammthirn bald dadurch ermässigt wird, dass in den Gefässen der Hirnhäute die Blutmenge sich vermindert und da überdem das Gehirn in Kurzem an die erlittene Dislocation und Zerrung sich zu accomodiren anfängt.

Wirkung auf die mit der Stelle des Extravasats in Verbindung stehenden Gefässpartieen: entweder augenblikliche Blutüberfüllung in dem Gebiete der Ophthalmica und der Carotis externa (und daher rothes und rothblaues Aussehen des Gesichts und Injection der Augen), oder aber Gefässleere dieser Provinzen (anämisches bleiches Aussehen des Antlizes), meist in beiden Fällen starke Pulsationen an der Carotis communis.

Hiezu können noch einige, jedoch unbeständige Einflüsse auf extracephale Organe kommen: Pulsverlangsamung, schnarchende und langsame, zuweilen ungleichförmige, selten frequente Respiration, Trachealrasseln, Trokenheit des Mundes, Erbrechen, Verstopfung.

Der Grad und die Ausdehnung dieser sämmtlichen Erscheinungen hängt theils von dem Volumen des Blutextravasats, theils von dem Siz und den vornehmlich beeinträchtigten Theilen des Gehirns, theils aber von einer Menge Nebenumstände ab, welche ausser der Berechnung liegen, wie z. B. von der Empfindlichkeit des Gehirns, seinem Blutreichthum, der Möglichkeit eines raschen Abflusses des Blutes, der Consistenz und von andern vorausgehenden Zuständen des Gehirns, welche bald wirkliche Complicationen, bald nur individuelle, noch in die Breite der Gesundheit fallende, aber jezt zur Mitwirkung kommende Verhältnisse sind. Besonders kann in dem Momente des Blutaustrittes der Complex der zusammenwirkenden Umstände so mannigfaltig sein, dass in diesem Augenblike aus den Erscheinungen auf den Grad der Blutung und auch auf den Siz derselben meist kein auch nur approximativer Schluss zu machen ist und dass oft ein kleines Extravasat einen weit schwereren Anfall herbeiführt, als ein ziemlich beträchtliches, wenn bei jenem zahlreiche andere Umstände in Mitwirkung sind. Erst nach Verlauf einer halben oder mehrerer Stunden, oft auch noch später, gestalten sich die Verhältnisse etwas reiner und treten die unmittelbaren Wirkungen der Blutung mehr in Einklang und Proportion mit der Menge und dem Siz des Extravasats; aber auch dann können noch undurchschaubare Umstände den Zustand compliciren und das Urtheil irreführen. Es ist daher nur nach längerer Beobachtung des Verlaufes, man könnte fast sagen, erst nach der Heilung oder dem Zurükbleiben stationärer Störungen, viel seltener bei tödtlichem Ausgange eine annähernd wahrscheinliche Diagnose über den Grad der stattgehabten Blutung zu machen; zumal wenn der Kranke in den ersten Stunden

oder Tagen nach dem Ereigniss stirbt, bleibt die Beurtheilung ganz unsicher und lässt sich sogar bei unter andern Umständen entscheidenden Zeichen (einseitiger Lähmung) nicht einmal mit Gewissheit eine überhaupt stattgehabte Blutung annehmen.

b) Eine weitere Reihe von Erscheinungen hängt von den sogleich oder kurze Zeit nach der Beendigung des Extravasats oder erst im weiteren Verlaufe eintretenden secundären Processen ab:

die Erscheinungen der serösen Infiltration der Nachbarschaft des Herdes durch Imbibition mit Blutserum;

die Erscheinungen des Reactionsprocesses in allen seinen Phasen: Hyperämie, Exsudation in der benachbarten Hirnsubstanz und in den Hirnhäuten, eintretende Erweichungen oder Incystirungen;

die Symptome der späteren Umwandlung sowohl des Herdes, als der in Folge desselben in der benachbarten Hirnsubstanz abgesezten Producte (stationäre Cysten, Schrumpfungen und Narbenbildungen);

die Symptome des gewöhnlich einige Zeit nach dem apoplectischen Anfall beginnenden allgemeinen Involutionsprocesses des Gehirns, des allgemeinen Schwundes und der vorzeitigen Altersdecrepidität des Organs.

Der Grad der Erscheinungen dieser secundären Processe hängt theils von der Grösse der Blutung ab, theils aber von zahlreichen nachträglichen Einflüssen, welche die Rükbildung des Herdes hindern und mehr oder weniger gefährliche Consecutivprocesse bedingen und steigern. Die Symptome derselben sind nicht verschieden von ähnlichen Processen, welche auch ohne vorangegangene Apoplexie eintreten: es sind die Erscheinungen des ausgedehnten Druks durch seröse Ueberladung, die Symptome der Hyperämie, der Entzündung, der Erweichung, der Herstellung von Cystenräumen, der Atrophie; sie sind nur complicirt durch die gemeiniglich fortdauernden unmittelbaren Wirkungen des Extravasats; sie treten häufig ein, wenn leztere anfangen, sich zu ermässigen und hemmen und vereiteln deren Besserung; sie können in jeder Periode einen tödtlichen Ausgang bedingen.

3) Die Wirkungen des Blutextravasats sind aber wesentlich verschieden je nach der Stelle, welche betroffen ist, und diese Differenz bezieht sich nicht nur auf die Art der statthabenden oder vorwiegenden Erscheinungen (psychische, sensorielle oder motorische Zufälle), sondern auch auf deren Grad; denn dieselben Paralysen können von geringfügigen Blutaustritten an einzelnen Stellen durch immediaten Druk in grösserer Vollständigkeit zustandegebracht werden, als durch voluminöse Extravasate an andern Stellen, welche nur mittelst indirecten Drukes und mittelst Gegendruk (Anpressung entfernter Hirntheile an unnachgiebige Stellen, Knochen u. dergl.) die Lähmung bedingen.

a) Die Apoplexieen in den Wandungen der Seitenventrikel und in den Hirnschenkeln bringen, auch wenn sie von geringem Belange sind, Lähmungen in den Extremitäten und Antlizmuskeln der entgegengesezten Seite und eine Abweichung der Zungenspize nach der gelähmten Körperhälfte, sowie eine Unfähigkeit oder Erschwerung der Sprache hervor, woneben die Erscheinungen der Suspension der Gesammtfunctionen des Gehirns durch mediaten Druk auf das ganze Organ in mehr oder weniger hohem Grade zugleich vorhanden sein oder aber auch fehlen können.

b) Apoplectische Herde an dem Pons haben doppelseitige, selten einseitige Paralyse der Extremitäten, Zittern derselben, Contracturen der Halsmuskel und Schmerzen im Naken mit Rükwärtsbeugung des Kopfes,

meist stöhnendes und unregelmässiges Athmen zur Folge, wobei das Bewusstsein bald erhalten, bald in Folge mediaten Druks, der bei diesen Extravasaten jedoch selten erheblich zu sein pflegt, mehr oder weniger beeinträchtigt ist.

c) Die Apoplexieen der Hirnwindungen bedingen, wenn sie über einen grösseren Theil der Hirnrinde verbreitet sind, Stupor, welcher je nach dem Grade des mediaten Drukes mit oder ohne Lähmungen besteht.

d) Bei Apoplexieen in allen übrigen Theilen des Grosshirns können, wenn sie geringfügig sind, alle Symptome fehlen; sind sie etwas beträchtlicher oder nähert sich der Siz den Wandungen der Seitenventrikel, dem Pons oder den Hirnwindungen, so treten auch mehr oder weniger vollkommen die Erscheinungen der Apoplexie dieser Theile ein; ist der Blutaustritt dagegen sehr beträchtlich, so sind, mag der Siz sein, in welchem Theile er will, die Functionen des Gehirns sämmtlich suspendirt: tiefes Coma, Sprachlosigkeit, Lähmung der Extremitäten, Unempfindlichkeit sind vorhanden, ohne dass irgend ein besonderes Symptom die nähere Diagnose des Sizes des Blutextravasats ermöglichen würde.

e) Extravasate, welche die Wandungen der Seitenventrikel, den Fornix und das Septum durchbrechen, die Ventrikel ausfüllen und bis zu den Vierhügeln vordringen, haben neben den übrigen comatösen und paralytischen Erscheinungen eine starke Verengerung der Pupille oder eine paralytische Erweiterung derselben zur Folge.

f) Bei den Apoplexieen des Kleinhirns können bei unbeträchtlichem Blutaustritte alle Symptome fehlen; bei etwas stärkerer Menge des extravasirten Blutes kommen bald mehr, bald weniger deutliche motorische Lähmungen der dem Blutaustritte entgegengesezten Körperhälfte oder beider Seiten, seltener auf der gleichnamigen Seite vor. Ist gleichzeitig eine Hämorrhagie in der einen Grosshirnhemisphäre und in der entgegengesezten Kleinhirnhälfte vorhanden, so macht die leztere gemeiniglich keine Symptome. Zuweilen hat man bei Kleinhirnhämorrhagie auffallende und andauernde Erectionen des Penis beobachtet, zuweilen einen vorwiegenden Verlust der Empfindung. Grosse Apoplexieen sind, wie alle grossen Blutherde innerhalb des Schädels, von tiefem Coma und allseitiger Paralyse gefolgt.

g) Wenn mehrere apoplectische Herde gleichzeitig vorhanden sind, so sind auch die Wirkungen derselben combinirt; doch haben stets diejenigen Herde, welche in der Nähe der Seitenventrikel, im Pons und in den Hirnschenkeln ihren Siz haben, selbst wenn sie noch so unbeträchtlich sind, das Uebergewicht in Betreff der Erscheinungen, in der Weise, dass wenn z. B. eine kleine Blutung im rechten Sehhügel besteht, neben einer fast faustgrossen im linken Marklager des Grosshirns oder in der linken Hemisphäre des Kleinhirns, doch die von der Apoplexie des Sehhügels abhängige linkseitige Lähmung über die von dem grossen Blutherde in der linken Hirnhälfte abhängige Schwächung der rechten Körperseite weit überwiegt. Sehr oft findet man bei multiplen Extravasaten im Gehirn eine Anzahl von solchen, auf welche keine besonderen Symptome be-

zogen werden können, und es sind diese nicht selten die voluminöseren, während die kleineren Herde an einflussreichen Stellen die schwersten Folgen haben.

h) Sehr zahlreiche petechiale Apoplexieen der Hirnsubstanz unterscheiden sich in ihren Symptomen nicht von intensiver Hyperämie des Organs.

Dem Gesez, dass Apoplexieen in der einen Grosshirnhemisphäre Lähmungen auf der entgegengesezten Körperhälfte hervorrufen, hat man eine Anzahl von Beobachtungen entgegengestellt, in welchen die Lähmung auf der gleichen Seite des Körpers wie das Extravasat gefunden wurde. Werner Nasse (Damerow's Zeitschr. f. Psychiatrie VI. 384) hat diese am vollständigsten gesammelt. Es sind jedoch dieselben darüm von geringem Werth, weil es meist complicirte Fälle waren und weil, selbst wenn nur ein einziger apoplectischer Herd gefunden worden war, die Möglichkeit eines Uebersehens der Störung auf der andern Seite nicht ausgeschlossen werden kann.

Ueber die Apoplexieen des Kleinhirns vergl. besonders Serres (Journ. de Physiol. II. 172), Rennes (Arch. gén. A. XVII. 218), Cruveilhier (Anat. path. Livr. XXXVII. Pl. V.).

4) Die Wirkungen der Blutextravasirung im Gehirn sind sehr verschieden nach der Grösse des Herdes.

Kleine Extravasate, sowohl kleine Bluthöhlen als mässig grosse Infarcte, bringen vorzugsweise nur beschränkte Symptome in denjenigen Körpertheilen hervor, welche zunächst abhängig von dem betroffenen Hirntheile sind. Wo daher das Extravasat an einer Stelle sich befindet, an welche nicht eine ganz bestimmte Functionirung gebunden ist, fehlen häufig alle Erscheinungen. Am characteristischsten sind dagegen die Symptome bei kleinen Apoplexieen in den Wandungen der Seitenventrikel, bei welchen die halbseitige Lähmung und die Erschwerung der Sprache in der ausgezeichnetsten Weise bestehen können, ohne dass die Intelligenz beeinträchtigt ist.

Die umfangreichsten Apoplexieen bringen überall dieselben Folgen hervor, mögen sie einen Siz haben, welchen sie wollen: Suspension aller Hirnfunctionen, daher tiefstes Coma und Paralyse aller Theile.

Bei den Blutextravasaten mittleren Grades sind je nach den Umständen bald mehr die directeren Wirkungen, bald mehr die Wirkungen auf das Gesammthirn überwiegend, und während die lezteren es meist in dem Momente des Anfalles sind, treten sie schon nach Minuten oder Stunden zurük und werden die Localwirkungen auffallender und hervortretender.

5) Die Wirkungen des Extravasats sind verschieden je nach dem Zustand, in welchen die Hirnsubstanz versezt wird, welche der Siz der Blutung ist.

Im ersten Moment tritt diese Verschiedenheit nicht hervor und die Wirkung ist die gleiche, ob das Extravasat nur zwischen die Fasern eingelagert und die Hirnsubstanz von ihm nur gedrükt, oder ob die leztere zugleich zerrissen und zertrümmert ist. Während aber im ersteren Falle eine vollständige und zuweilen sogar eine ziemlich rasche Wiederkehr der Functionen stattfinden kann, sind in dem andern Falle nur diejenigen Functionen wiederherstellbar, welche durch mediaten Druk nothgelitten hatten, während die von der erkrankten Stelle selbst abhängigen Functionirungen für immer verloren sind. Auch ist in dem Falle der Zertrümmerung und Zerreissung von Hirnfasern der Ausgleichungsprocess ein umständlicherer und schwierigerer, dauert weit länger und ist einer grösseren Anzahl von Eventualitäten ausgesezt.

6) In nicht seltenen Fällen sind die Wirkungen des Extravasats ver-

bunden mit andern Störungen, welche bald in zuvor bestehenden Gehirnkrankheiten selbst oder auch nicht ursprünglich im Gehirn ihren Siz haben.

Hierdurch wird die Beurtheilung ungemein erschwert. Unter den Krankheiten des Gehirns sind es vornehmlich entzündliche und andere Erweichungen, Tumoren, Hydrocephalus chronicus, durch welche die apoplectischen Zufälle verwischt und combinirt werden können. Unter den Erkrankungen, welche von extracephalen Organen ausgehen, wird das Gehirnextravasat sehr oft durch Pneumonie, Puerperalfieber, Pyämie, Typhus, durch urämische Zustände, Scorbut, überdem aber durch die mannigfachsten schweren andern Krankheiten mehr oder weniger verdekt und durch die Vermischung der Symptome die Erkennung des Vorganges im Gehirn oft unmöglich gemacht.

Die Wirkungen eines Blutaustrittes in die Hirnsubstanz können sich somit unendlich mannigfaltig gestalten, und es kann gänzliche Symptomlosigkeit, plözlicher Tod, motorische Lähmung, tiefes Coma oder ein Complex von mässigen Reizungssymptomen von derselben anatomischen Veränderung abhängen. Die Diagnose dieser Vorgänge im Gehirn könnte darum als eine ausserordentlich schwierige erscheinen; allein wenn man absieht von denjenigen Fällen, die gar keine oder höchst unbeträchtliche Erscheinungen hervorrufen und also freilich undiagnosticirbar sind, und von den Fällen, wo der Tod plözlich oder doch in wenigen Minuten nach dem Ereigniss eintritt, die Diagnose gleichfalls unmöglich, aber auch ohne practischen Werth ist, so ist troz aller noch übrigen Verschiedenheiten das Blutextravasat im Gehirn mit einer ziemlichen Sicherheit zu erkennen, und zwar desshalb, weil in der unendlich überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Symptome machenden und doch nicht alsbald tödtlichen Apoplexieen in die Wandungen der Seitenventrikel erfolgen. Man hat es also fast immer mit einem ziemlich einfachen und scharf localisirten Zustande zu thun, der sehr bestimmte Symptome darbietet, und kann, wenn nicht besondere Verhältnisse obwalten, von der Möglichkeit anders gelagerter Extravasate ohne practischen Nachtheil absehen.

Es bleibt stets ein unvollkommener Versuch, vom symptomatischen Standpunkte aus die verschiedenen Gestaltungen der Symptome des Blutextravasats in einzelne Krankheitsbilder zusammenzufassen, und es ist unerreichbar, dabei auch nur einigermaassen das verschiedenartige Geschehen in bestimmte und ausreichende Categorieen zu bringen. Immer kommen viele Fälle vor, welche bedeutende und nicht vorgesehene Abweichungen in dem symptomatischen Verhalten zeigen, und je zahlreicher man die Abtheilungen machen würde, um so auffälliger müssten die Lüken bleiben. Nichtsdestoweniger ist es von unläugbarem practischem Werthe, die verschiedenen symptomatischen Gestaltungen des Blutextravasats einander gegenüberzustellen und dabei zu überlegen, wie weit aus ihnen Schlüsse auf das anatomische Geschehen gemacht werden können. Von dieser Rüksicht ausgehend können, so wenig damit die ganze Symptomatik des Extravasats erschöpft wird, folgende Formdifferenzen hervorgehoben werden:

A. Das Gehirnextravasat mit primär apoplectischer Form (im symptomatischen Sinne des Wortes). Der Kranke wird nach vorausgehenden Vorboten oder unerwartet plözlich von heftigem Schwindel befallen; es vergehen ihm die Sinne, er verliert das Gleichgewicht und die Besinnung und stürzt bald augenbliklich nieder, gewöhnlich nach einer Seite hin oder rükwärts, bald aber versinkt er wenigstens in sehr kurzer Zeit (in wenigen Minuten) in Coma. Daneben ist der Kopf roth oder rothblau, doch zuweilen blass, die Carotiden klopfen, der Puls ist aber langsam, die Respiration ruhig, schnarchend, zuweilen tritt Erbrechen ein. Nicht selten ist schon vom ersten Moment an das Gesicht schief verzogen und hat die Zunge eine Richtung gegen die gelähmte Seite; auch ist häufig an den Extremitäten, obwohl keine spontane Beweglichkeit an ihnen sich zeigt, auf der einen Seite eine grössere Schlaffheit und ein vollständigeres Passivverhalten, als auf der andern zu bemerken, auf welcher zuweilen Contracturen sich zeigen. Selten finden Zukungen statt, die bald auf beiden Seiten, bald nur auf einer, und zwar regellos auf der gesunden oder kranken vorkommen können. Meist bietet der Kranke den Anblik eines ruhig und tief Schlafenden oder eines schwer Berauschten dar.

In diesem Zustande ist es noch absolut unmöglich, irgend eine Vorstellung über Grad und Siz des Extravasats zu haben. Erst die weitere Gestaltung des Verlaufs kann darüber Aufschlüsse geben.

1) Zuweilen, jedoch in verhältnissmässig seltenen Fällen, erfolgt sofort und unmittelbar nach dem Anfall der Tod (fulminante Apoplexie). Diess geschieht theils bei sehr grossen Extravasaten, die in die Ventrikel oder auf die Oberfläche des Gehirns durchgebrochen sind oder auch eine sehr grosse Höhle im Grosshirn oder Kleinhirn sich gebildet haben, oder einen Theil des Pons zertrümmern, theils bei gleichzeitigem

Vorhandensein mehrerer Herde oder bei Bestehen einer intensiven Hyperämie oder einer sonstigen den Druk verstärkenden Complication neben der Apoplexie.

2) Zuweilen nimmt das anfangs nur mässige Coma an Tiefe immer mehr zu, die Lähmung des Gesichts, bald einseitig, bald auf beiden Seiten wird deutlicher, die Prostration immer vollkommener, die Respiration fängt an unregelmässig zu werden. Rasselgeräusche stellen sich ein, der Puls beschleunigt sich, die Gesichtshaut wird cyanotisch und der Kranke stirbt binnen weniger Stunden oder doch in den ersten Tagen, ohne wieder zur Besinnung gekommen zu sein; dieser Verlauf findet gleichfalls bei sehr grossen Herden oder bei fortdauernder Blutung, bei Blutungen in die Seitenventrikel, sowie bei intensiven Hyperämieen neben der Apoplexie statt.

3) In den meisten Fällen jedoch tritt wenige Minuten oder einige Stunden nach dem Anfall einige Ermässigung ein, indem der Druk auf das Gesammthirn, wahrscheinlich durch Verminderung des Inhalts des Gefässsystems, geringer wird: das Coma erscheint weniger tief, der Kranke schlägt die Augen auf, gibt einzelne Zeichen eines wiederkehrenden Bewusstseins. Jezt stellt sich bereits eine Verschiedenheit her je nach dem Size der Apoplexie.

Ist nur ein einziges Extravasat vorhanden oder bestehen doch neben einem grösseren nur sehr untergeordnete kleine und ist das Extravasat in einer Hemisphäre des Grosshirns oder auch des Kleinhirns gelegen, so fängt bald die Körperhälfte, auf der es sich befindet, wieder an, Beweglichkeit zu zeigen, während die Lähmung der andern, dem Extravasat entgegengesezten um so deutlicher hervortritt. Oft ist diese Besserung nur eine sehr vorübergehende, und wenige Minuten oder Stunden darauf wird das Coma wiederum tiefer, das Gesicht erbleicht, allgemeiner Collapsus tritt ein, der sofort und zwar in den ersten Tagen nach dem Beginn der Apoplexie vom Tode gefolgt ist: solches geschieht vornehmlich in den Fällen, in welchen das Blut zuerst von der Hirnsubstanz umschlossen plözlich in Folge eines neuen Ergusses jene durchbricht und die Ventrikel ausfüllt oder auf die Oberfläche des Gehirns sich verbreitet.

In günstigen Fällen dagegen macht die Besserung in den ersten Tagen ziemlich auffällige Fortschritte: das Coma weicht zuerst, das Bewusstsein kehrt bis zu einer erheblichen Klarheit zurük, der Kranke sucht wieder sich durch Zeichen oder schlecht articulirte Laute verständlich zu machen, doch ist noch einige Verwirrung und Umneblung des Geistes nicht zu verkennen; früher oder langsamer kehren einige Worte zurük, während noch viele andere versagen, die Bewegungen der nicht gelähmten Seite erscheinen wieder vollständig dem Willen unterworfen, auch fangen in den gelähmten Theilen allmälig Spuren der Wiederbewegung an einzutreten, die Gesichtsverziehung wird etwas mässiger, die Zunge weicht weniger ab, das Bein kehrt früher zu der Beweglichkeit zurük als der Arm, an dem nur einzelne Muskel wieder dem Willen zu folgen beginnen. — Nicht selten treten jedoch schon in der ersten Zeit einige Erscheinungen auf, welche mehr oder weniger lästig sind: zuweilen wiederholt sich das Erbrechen, in den meisten Fällen tritt eine hartnäkige Verstopfung ein und oft einige Schwierigkeit, den Harn zu entleeren, die Zunge belegt sich dik und ein intensiver gastrischer Catarrh stellt sich her. Diese Zufälle dauern bald nur kurz, bald ziehen sie sich länger hinaus. Ausserdem entsteht eine Reihe von Gefahren, von denen oft der günstige Ausgang vereitelt wird. Zuweilen erfolgt schon in den ersten Tagen eine neue Blutung, nicht selten ein Durchbruch in den Ventrikel oder auch eine subarachnoideale Blutung an der Basis des Gehirns, durch welche Umstände rasch der günstige Verlauf vereitelt und der Untergang in kürzester Zeit herbeigeführt wird. — Um den zweiten bis fünften Tag treten gewöhnlich die Symptome der Reaction um den apoplectischen Herd ein: grössere Hize im Kopf, Kopfschmerzen, neue Betäubung oder grosse Aufregung, Schlaflosigkeit und Delirium, convulsivische Bewegungen, ferner Fieberhize, Durst und ein frequenterer, kurzer und gespannter Puls. Diese Reaction entwikelt sich zuweilen sehr plözlich und kann das Ansehen eines neuen apoplectischen Anfalls haben, obwohl nur Blutüberfüllung vorhanden ist; oder sie entwikelt sich langsamer, kann dabei mässige Grade einhalten oder zu schwereren mit anhaltenden muscitirenden Delirien, Sopor, Prostration, fuliginösem Zungenbeleg, unwillkürlichem Abgang von Stuhl und Urin (dem ungeschikter Weise sogenannten typhösen Stadium der Apoplexie) sich steigern. Intensive Blutüberfüllung oder aber Meningiten und Erweichung der Hirnsubstanz um den Herd sind die Ursachen einer ungünstigen Heftigkeit der Reaction. — Auch noch in späterer Zeit, während die Besserung der apoplectischen Erscheinungen schon erhebliche Fortschritte gemacht hat, treten nicht selten Zeichen erneuerter Hyperämie, Symptome von Hirnödem, von localer Erweichung, von Hirnabscess ein, drohen ferner stets neue Hämorrhagieen und werden oft Pneumonieen und Bronchiten tödtlich. Diess ist der gewöhnlichste Verlauf der in die Wandungen der *Seitenventrikel* statthabenden, Herde oder Infarcte bildenden Hämorrhagieen.

4) Zuweilen sind die Erscheinungen ähnlich den eben beschriebenen, nur ist statt Hemiplegie eine allseitige Lähmung vorhanden, was bei Extravasaten in beiden Hemisphären oder bei solchen im Pons vorzukommen pflegt. Wenn alsdann auch eine Besserung eintritt, so ist sie doch gewöhnlich nur vorübergehend und unter erneuertem Sopor bereitet sich der Untergang vor.

5) In manchen Fällen bessert sich zwar ziemlich rasch die Lähmung der Glieder, bei der von Anfang an nicht ganz deutlich war, ob sie als wirkliche Paralyse oder nur als eine tiefe Prostration angesehen werden musste und wobei oft abwechselnd bald die eine, bald die andere Seite als die überwiegend geschwächte erschien, auch wohl die Lähmung an Armen und Beinen, oder im Antliz und an den Extremitäten gekreuzt erschien, oft Contracturen neben Erschlaffungen sich fanden. Aber der Kranke bleibt sprachlos und verharrt in einem mehr oder weniger unbesinnlichen Zustand und stirbt entweder unter wieder zunehmendem Sopor, oder er erholt sich, aber nur unter sehr langsamer und unvollständiger Wiederkehr der psychischen Functionen. In solchen Fällen sind bald multiple Apoplexieen von mehr oder weniger bedeutender Menge, bald grössere Herde in dem Marklager oder Apoplexieen der Corticalsubstanz oder umfangreiche Herde im Kleinhirn zu erwarten.

B. Primär-paralytische Form des Gehirnextravasates.

Nicht selten geschieht es, dass der Kranke plözlich nach kurzdauernder Blutüberfüllung des Gehirns oder ohne solche der Bewegung einer Seite des Körpers und der Sprache beraubt, oder auch nur das Gesicht und die Zunge schief und die Sprache lallend wird, aber es tritt kein Stupor ein oder höchstens ein vorübergehender Schwindel und eine kurze Unmacht, der Kranke fällt häufig nicht nieder, kann selbst zuweilen noch gehen und es zeigt oft nur der eine Arm sich geschwächt. Solches findet statt bei mässigen Blutungen in den Wandungen der Seitenventrikel, zumal bei blossem Infarct, auch bei sehr kleinen Ergüssen in einen Hirnschenkel. Die Folgen eines solchen Anfalls können im Laufe von wenigen Wochen ohne alle Reaction sich verlieren. In andern Fällen bemerkt man eine grosse Hartnäkigkeit der einmal eingetretenen Erscheinungen und sogar eine Zunahme der Lähmung in den ersten Tagen oder später. Auch können sich an einen solchen Anfall zu jeder Zeit Stupor in Folge eines neuen Extravasats oder die Zeichen einer Hirnerweichung, einer neuen Hyperämie anschliessen, und, so unbeträchtlich im Anfange der Anfall erscheint, so bringt er doch stets eine bedeutende Gefahr.

C. Cephalalgische Form des Blutextravasats.

In manchen Fällen zeigt sich der Anfall in der Art eines plözlich auftretenden Kopfschmerzes, mit welchem der Kranke erbleicht, zuweilen erbricht, am Körper kalt wird und einen schwachen Puls zeigt. Zuweilen bleibt er dabei ganz bei Bewusstsein und zeigt auch keine Lähmung, dagegen bisweilen geringe Convulsionen. Andere Male tritt in solchen Fällen eine zunehmende rauschartige Umnebelung ein, an welche sich in allmäligem Uebergang oder plözlich Coma anschliesst, womit dann meist auch zugleich Lähmungen eintreten. Dieser Verlauf pflegt vornehmlich bei mässigeren Apoplexieen in der Corticalsubstanz oder auch in dem Marklager vorzukommen, und obwohl zuweilen derartige Zufälle sich wieder verlieren und vollkommen zu heilen scheinen, so ist es doch nicht selten, dass selbst bei unbedeutenden und im Anfange ganz unbestimmten Symptomen auf einmal, in Folge eines Durchbruchs des Bluts auf die Oberfläche des Gehirns oder in die Ventrikel das tiefste Coma sich herstellt und der Kranke rasch zu Grunde geht.

D. Rudimentäre Formen in mannigfacher Gestaltung kommen häufig genug vor. Oft ist der Austritt von Blut im Gehirn nur durch vorübergehenden Schwindel, durch eine Unmacht, durch ein plözliches Stoken in Mitte des Sprechens, durch eine kurzdauernde Convulsion, durch eine plözliche Perturbation der Ideen angedeutet und die Diagnose des Ereignisses kann entweder gar nicht oder erst in Folge weiterer, später sich hinzugesellender Erscheinungen, z. B. dem erst Stunden und Tage darauf eintretenden Coma und paralytischen Zustande gemacht werden. Oder es wird erst bei späterer Leichenöffnung durch das Vorhandensein eines Ergusses der früher unerklärt gebliebene Zufall aufgeschlossen. In allen diesen Fällen sind die Extravasate entweder sehr klein oder befinden sich an wenig einflussreichen Stellen des Gehirns. — Hieran schliessen sich endlich die ganz latent erfolgenden Blutaustritte, welche oft genug in frischem oder altem und obsolet gewordenem Zustande in den Leichen gefunden werden.

C. Verlauf und Ausgänge.

Der Verlauf der Apoplexie ist stets vollkommen atypisch; niemals ist aus einem noch so günstigen Stand der Erscheinungen ein Fortgang zur

Herstellung mit Sicherheit zu erwarten, vielmehr kann dieser in jedem Augenblik sistirt und durch Rükfälle vereitelt werden.

Der Ausgang der Apoplexie ist in der Minderzahl der Fälle eine annähernd vollständige Genesung, wobei die gröberen Störungen der Functionen sich gänzlich verlieren; meist verzögert sich am längsten der Wiedergewinn der Bewegungen des Arms, der vollkommenen Sprachfähigkeit und des Gedächtnisses.

Diese günstigsten Fälle sind meist solche, bei welchen nur mässige Extravasate stattgefunden haben. Jedoch selbst in diesen stellt sich höchst selten oder niemals die frühere Leistungsfähigkeit in Beziehung auf feinere Bewegungen und vornehmlich in Beziehung auf psychische Functionirung wieder her, und im besten Falle verbleibt eine grosse Neigung zu Recidiven und ein verfrühter Altersmarasmus des Gehirns pflegt sich bald nach der scheinbaren Heilung zu entwikeln.

In sehr vielen Fällen endet die Apoplexie mit unvollständiger Genesung und mit Zurükbleiben mehr oder weniger beträchtlicher Invaliditäten, was theils von unvollständig resorbirten und oft eingekapselten Blutresten, theils von eintretenden Atrophieen und Vernarbungen abhängt.

Besonders bleibt das Gedächtniss sowohl für Dinge und Ereignisse, selbst für ganze Perioden des Lebens, als auch für einzelne Worte und Buchstaben erloschen oder geschwächt, die psychischen Thätigkeiten gelangen nicht mehr zu ihrer Schärfe, die Relationen bleiben mehr oder weniger incohärent, Hemiplegieen zumal am Arm, aber auch am Bein, an der Zunge, am Antliz von verschiedener Intensität und Ausbreitung erhalten sich meist für das ganze Leben; zuweilen treten als Nachkrankheit periodische convulsivische Zufälle (Epilepsie) oder Geistesverwirrung und Zerrüttung ein. Einzelne extracephale Organe, namentlich der Darm und besonders das Rectum, ferner die Blase bleiben in abnormen Zuständen und vornehmlich ist sehr oft ihre Musculatur für immer geschwächt. Nicht selten bleibt die ganze Ernährung fortan cachectisch oder stellt sich nach Monaten oder wenigen Jahren ohne weitere Ursachen eine auffallende Abmagerung und wirklicher Marasmus ein. Nierenkrankheiten, Leberkrankheiten, Lungenaffectionen bilden sich in Folge einer offenbaren Prädisposition bei unvollkommen geheilten Apoplectikern aus und so gehen sie, wenn auch die Folgen der Apoplexie sich bis zu einem ziemlichen Grade ermässigt haben und wenn die Kranken auch keine Rükfälle vom Gehirn erleiden, gemeiniglich in wenigen Jahren an einer acuten Erkrankung (vornehmlich Pneumonie) oder an verschiedenartigen chronischen Störungen zu Grunde.

Der Tod durch die Apoplexie und durch ihre unmittelbaren Folgen ist bei Weitem der häufigste Ausgang. Er ist fast die ausnahmslose Regel bei allen apoplectischen Cavernen, die Wallnussgrösse und darüber erreichen, bei allen Infarcten von einer ähnlichen Ausdehnung, bei allen multiplen Apoplexieen, bei allen Apoplexieen im Pons, bei allen Durchbrüchen in die Ventrikel oder auf die Oberfläche des Gehirns, in welchen Fällen fast immer der tödtliche Ausgang in den ersten Tagen oder Wochen eintritt. Der Tod ist aber auch unter günstigeren Umständen eine sehr gewöhnliche Beendigung, und selbst die kleinsten Apoplexieen können ihn bald durch die sich anschliessenden consecutiven Processe, bald ohne dass man irgend eine sonstige Störung im Gehirn findet, zur Folge haben. — Es tritt der Tod in den Fällen, in welchen er nicht durch die Apoplexie und ihren nächsten Einfluss auf das Gehirn herbeigeführt wird, vornehmlich ein durch Oedeme, intensive Hyperämieen, hinzutretende Meningiten und subarachnoideale Blutungen an der Hirnbasis, Erweichungen in der Nachbarschaft des Herdes, ferner durch Pneumonieen, Lungenödeme, stokenden Schleim in der Trachea, durch Lähmung des Herzens, ausnahms-

weise durch Meteorismus, Verschwärungen im Darm, Nierenaffectionen und Decubitus.

Das Blutextravasat im Gehirn gibt stets eine schlechte Prognose. Nicht nur sind grosse Ergüsse jedenfalls tödtlich, sondern auch sehr kleine Blutaustritte werden es oft an sich in unerwarteter und unerklärlicher Weise. Ueberdem führt der Rükbildungsprocess so zahlreiche Gefahren herbei und hinterlässt das Gehirn, selbst bei einem günstigen Ablauf, in einer so schlechten Verfassung, dass nach einem einmal eingetretenen Extravasate, wenn es auch noch so gut heilt, die geistige und leibliche Constitution des Individuums aufs Tiefste verlezt bleibt. Zwar geschieht es häufig, dass ein Kranker nach einer Apoplexie sich wieder bis zu einem gewissen Grade zu erholen scheint, aber gewöhnlich stirbt er im Laufe der nächstfolgenden Jahre, sei es vom Gehirn, sei es von einem andern Organe aus. Denn auch in andern Theilen, zumal in Lungen, Darm und Nieren wird eine erhöhte Disposition zu schweren Erkrankungen durch die Apoplexie bedingt, wenngleich man sich über diesen Zusammenhang keine volle Rechenschaft zu geben vermag. Selten ist es, dass ein Apoplectischer diejenige Lebensgrenze erreicht, welche ohne den Vorgang im Gehirn für ihn die wahrscheinliche gewesen wäre.

Immer ist der Verlauf nach dem Extravasate ein tükischer. Mögen sich auch die Verhältnisse anscheinend noch so günstig gestalten, so bringt doch jeder kleine Umstand Störungen und nachtheilige Umwandlungen zustande und diese ereignen sich oft genug, ohne dass man irgend eine Ursache für ihren Eintritt anzugeben vermöchte. Nicht nur im Gehirn selbst, sondern von fast jedem Organ des Körpers aus treten im Verlaufe des Rükbildungsprocesses oft plözlich, unerwartet und ohne bekannte Ursache die schwersten Complicationen ein. Auch ist es nicht selten, dass auf einmal die im schönsten Fortgang begriffene Besserung sistirt wird, und oft genug lässt sich dafür auch bei der späteren anatomischen Untersuchung kein genügender Grund auffinden. Hiezu kommt noch, dass die ursprünglich vom Gehirn aus suspendirte Functionirung der Theile, wenn sie lange andauerte, auch nach Beseitigung der cerebralen Störung durch indessen eingetretene Atrophieen im peripherischen Verlaufe der Nerven permanent bleibt und die Theile in Lähmung verharren, wenn auch das Extravasat resorbirt worden ist.

Auf die zurükbleibende Schwächung der Theile haben die geringfügigsten Umstände noch lange und meist zeitlebens einen steigernden Einfluss. Der Apoplectische, der bei voller geistiger und körperlicher Ruhe wieder den Gebrauch der gelähmten Theile erlangt hat, verliert ihn alsbald oder fühlt sich wenigstens in demselben auf das Lästigste gehemmt, sobald er in Befangenheit, in Affect versezt wird, ja oft schon in Gegenwart eines Fremden oder sobald er sich in irgend einer Weise überanstrengt hat, einen Diätfehler gemacht hat oder zu lange nüchtern ist u. dergl.

III. Therapie.

A. Die prophylactischen Maassregeln gegen das Eintreten einer Apoplexie sind von höchster Wichtigkeit:

bei allen Disponirten;

bei Solchen, welche schon einen apoplectischen Anfall erlitten haben;

vor Allem aber in den Fällen, in welchen bereits Vorboten sich zeigen.

Die Prophylaxis besteht in der Vermeidung aller Verhältnisse, welche eine Blutüberfüllung des Gehirns bedingen können und in einer zeitigen und vorsichtigen Behandlung einer etwa eingetretenen Hyperämie.

Die Prophylaxis gegen Apoplexie hat keine eigenthümlichen Mittel und Methoden, sondern ist einerseits die Prophylaxis gegen Hyperämie und andererseits die Therapie dieses Zustandes. Nur die besonderen Umstände des Falls erheischen gewisse Modificationen und gewisse Rüksichten, welche in andern Fällen von Hyperämie mehr wegfallen. Diesen Rüksichten ist mit um so grösserer Sorgfalt zu entsprechen, wenn ein Individuum bereits apoplectische Anfälle erlitten hat oder wenn ein offenbar Disponirter die Symptome der Vorboten darbietet, während unter andern Umständen, wenn auch eine Disposition zur Apoplexie vorliegt, die prophylactischen Maassregeln nur auf die Abhaltung gröberer Schädlichkeiten sich beziehen können.

Die hauptsächlichsten Verhältnisse, welche beachtet werden müssen, sind: grösste Vorsicht in der Diät, namentlich Vermeidung jeder Ueberfüllung des Magens, Vermeidung berauschender Getränke; alsbaldige Beseitigung jeder Verstopfung; Ver-

meidung und Beseitigung aller äusseren Hemmnisse für den Rükfluss des Blutes aus dem Kopfe (enger Halsbinden, angeschwollener Kropfdrüse, zu tiefer oder horizontaler Lage des Kopfes); Vermeidung zu grosser Hize, besonders des Schlafens in geheizten Zimmern und der Einwirkung der Sonnenstrahlen auf den Kopf; Vermeidung aller übermässigen Gehirnanstrengungen und Gemüthsemotionen, vornehmlich bei schon vorhandenem Uebelbefinden; Vermeidung oder grösste Vorsicht im Gebrauch von warmen Bädern; Vermeidung jeder heftigen Erschütterung oder körperlicher Anstrengungen jeder Art (selbst des starken Pressens beim Stuhl, der Anwendung der Brechmittel). — Kleine Blutentziehungen, welche von Zeit zu Zeit am Kopfe oder am After vorgenommen werden, auch Venaesectionen können sehr nüzlich wirken, wenn sie mit Vorsicht und nicht zu häufig angewandt werden. Ebenso ist der Gebrauch von zeitweisen Laxircuren gewiss nüzlich, wenn sie nicht übertrieben werden, obwohl man nicht selten Fälle beobachtet, bei welchen unmittelbar nach einer prophylactischen Cur mit laxirenden Mineralwässern die Apoplexie zum Ausbruch kommt, was besonders dann zu geschehen scheint, wenn die anfänglich nicht oder unvollkommen eintretende Wirkung des Wassers durch unvorsichtige Steigerung der Quantität desselben erzwungen wurde. Auch scheint die Benüzung kohlensäurereicher oder heisser Mineralwässer eher gefährlich zu sein und grössere Vorsicht zu erfordern, als der Gebrauch anderer. — Von grossem Nuzen ist bei Disponirten die alsbaldige Anwendung kalter Ueberschläge auf den Kopf, sobald irgend welche Andeutungen von Vorboten sich zeigen. — Der Gebrauch von Gegenreizen (Senftaige auf die Waden, warmer und geschärfter Fussbäder) ist zwar nicht zu verwerfen, aber doch nur mit steter Aufmerksamkeit auf die Wirkungen derselben vorzunehmen.

B. Die Indicationen im apoplectischen Anfalle selbst können sein:

1) Erleichterung des natürlichen Abflusses des Blutes aus dem Kopfe, welche erreicht wird:

durch Entfernung aller hemmenden Kleidungsstüke,
durch hohe Lage des Kopfes,
durch Anwendung einer starken Aderlässe.

Die beiden ersten Maassregeln sind unter allen Umständen nicht zu versäumen. Was die Aderlässe anbetrifft, so ist sie in der Regel am Arme vorzunehmen; nur bei etwaigen Unterdrükungen von Hämorrhagieen aus Rectum oder weiblichen Genitalien mag vielleicht die Aderlässe am Fusse den Vorzug verdienen. Der Nuzen einer Aderlässe aus der Jugularis oder einer Oeffnung der Temporalarterie ist zweifelhaft und solche sind höchstens in den heftigsten Fällen fulminanter Apoplexie gestattet, zumal bei sehr rother oder blauer Gesichtsfarbe oder bei starker Auftreibung der Jugularvenen. Sehr häufig bemerkt man schon während der Aderlässe eine auffallende Besserung, Rükkehr des Bewusstseins und der Sprachfähigkeit. Jedoch darf man nicht immer darauf rechnen, dass solche Besserung anhalten werde. und der Erfolg der Aderlässe ist häufig nur ein vorübergehender. Ja es kann geschehen, dass bei schwächlichen Kranken sogar durch die allgemeine Blutentziehung der Collaps zunimmt, der Zustand sich verschlimmert und eine Gefahr, die vorher nicht vorhanden war, erst eintritt. Immer ist die Aderlässe hauptsächlich dann gerechtfertigt, wenn man es mit einem kräftigen und vollblütigen Individuum zu thun hat und der Fall in den ersten Minuten oder doch der ersten Stunde zur Behandlung kommt.

2) Directe Verminderung des Blutes im Gehirn, welche erreicht werden kann:

durch Anwendung intensiver Kälte auf den Kopf,
durch Anwendung örtlicher Blutentziehungen,
durch Hervorrufung von Hyperämieen an entfernten Theilen des Körpers (Cataplasmen und Sinapismen auf die Füsse, grosse Schröpfköpfe ebendahin, reizende Clysmata).

Die directe Verminderung der Blutmenge im Gehirn ist mehr eine prophylactische Maassregel in dem Sinne, weitere Austritte von Blut zu verhüten. Bei mässigen Extravasaten kann troz des Blutergusses eine Hyperämie der Häute und des Gehirns fortbestehen und die Quelle für weitere Hämorrhagieen werden; bei grossen Blut-

ergüssen dagegen wird ein solcher Druk innerhalb des Schädels ausgeübt, dass die Gefässe blutleer werden und dass daher zunächst eine Verminderung des Blutes in dem Organe keinen Sinn zu haben scheint. Da jedoch dieser Druk sehr bald durch Verminderung der serösen Bestandtheile des Extravasats nachzulassen pflegt, so tritt wenige Stunden nach dem Ereigniss auch die Gefahr einer neuen Congestion wieder ein und die direct blutvermindernde Methode behält auch in diesen Fällen ihren Werth. Nur bei sehr voluminösen Extravasaten ist sie, wie überhaupt alles Andere, nuzlos. Die blutvermindernden Mittel dürfen jedoch einerseits niemals im Uebermaass angewandt werden, indem sonst der Zwek derselben vereitelt wird, andererseits sind sie mit einer gewissen Beharrlichkeit fortzusezen, da die Gefahr einer Wiederholung der Hämorrhagie durch fortdauernde oder erneuerte Blutüberfüllung noch Tage und Wochen lang anhält. — Die Kälte ist zu diesem Zwek das sicherste und intensivste Mittel. Sie ist mit Ausnahme der Fälle von tiefem Sopor, kaltem Kopfe und collabirtem Antliz stets in Anwendung zu bringen, ist Anfangs intensiv (Eisüberschläge), später in allmäliger Verminderung der Intensität zu appliciren und nach den Umständen in der Weise zu regeln, dass sie bei Kalt- und Bleichwerden des Kopfes, sowie bei Frösteln entfernt, bei jedem Anzeichen neuer Congestion sofort wieder in Gebrauch gezogen wird. — Die örtliche Blutentziehung wird je nach dem Grade des Anfalls und je nach dem Blutreichthum bemessen; doch hat man sich ebensowohl vor zu kleinen, als vor zu reichlichen localen Blutentziehungen zu hüten: 4—16 Blutegel auf einmal gesezt können als die Grenzen der Anwendung angesehen werden, und es ist häufig vorzuziehen, statt einer einmaligen stärkeren Entziehung durch successive Ansezung von Blutegeln einen fortdauernden Abfluss des Blutes aus dem Kopfe zu bewerkstelligen. — Die Hervorrufung von Hyperämieen in andern Theilen ist als Unterstüzungsmittel zur Verminderung der Blutmenge im Gehirn stets rathsam, für sich allein aber fast immer ungenügend.

3) Die Anwendung reizender Mittel ist vornehmlich nur nach vergeblichen Versuchen anderer Methoden, durch die man den Zustand tiefer Bewusstlosigkeit nicht zu beseitigen vermochte, bei tiefstem und anhaltendem Sopor, bei Blässe und Kälte des Gesichtes, bei kleinem und schwindendem Pulse, bei drohendem Tode gestattet und muss sofort wieder suspendirt werden, sobald das Gesicht warm und roth wird und der Puls sich hebt. Am wenigsten nachtheilig ist die Anwendung äusserer Reizmittel, wie Riechmittel, Einreibungen von Naphtha, reizender Klystire; der innerliche Gebrauch von Reizmitteln ist auf die äussersten und gefahrdrohendsten Fälle zu beschränken und zu diesem Ende Ammoniak, Wein, Aether in Anwendung zu bringen.

Die Indication der Anwendung von Reizmitteln ist diejenige, über welche bei apoplectischen Anfällen am schwierigsten zu entscheiden ist, und es hat in dieser Beziehung besonders die Ausdehnung, welche man der Apoplexia nervosa noch vor kurzer Zeit gegeben hatte, und das imaginäre Krankheitsbild, das man ihr zuschrieb und das in Wahrheit in den meisten Fällen einem Bluterguss im Gehirn angehörte, oft genug zu verkehrten therapeutischen Maassregeln geführt. Die reizende Methode muss immer als leztes Refugium angesehen und für Fälle aufbewahrt werden, in welchen von Minute zu Minute der Untergang drohender wird. Es ist bei dem blutigen Extravasate dieselbe nichts weiter als eine symptomatische Hilfe, um die tödtliche Catastrophe für den Augenblik aufzuschieben und Zeit zur günstigeren Gestaltung der Verhältnisse zu gewinnen. Daher ist diese Methode auch sofort wieder zu beseitigen, sobald der nächste Zwek erreicht ist.

4) Unter den einzelnen Symptomen verlangt während des Anfalls allein das Erbrechen zuweilen eine besondere Therapie und wird am zwekmässigsten durch warme Ueberschläge oder Sinapismen auf die Magengegend behandelt.

C. Die Behandlung in den dem Anfalle folgenden Tagen schliesst sich der Therapie des Anfalls selbst mehr oder weniger an. Die Indicationen sind besonders:

1) Verminderung des Blutes im Ganzen und im Gehirn, sobald die Umstände eine solche wünschenswerth machen, daher allgemeine und örtliche Blutentziehungen, Kälte, Gegenreize, Diät.

2) Beruhigung und Erhaltung der Ruhe des ganzen Organismus, besonders aber der Functionen des Gehirns, der Sinnesorgane und der Herzcontractionen, daher Vermeidung jeder psychischen Aufregung, jeder Versuche zu sprechen, Abhaltung von Licht- und Gehörseindrüken, Anwendung von Digitalis, Blausäure, kühlenden und andern milden Mitteln.

3) Herstellung des Stuhls, Entfernung des Harns, wenn er nicht von selbst gelassen wird, Rüksichtnahme auf den Magen bei gastrischem Catarrhe, auf etwa entstehende Lungenaffectionen.

4) Anwendung mässiger Reize bei drohendem oder wiederkehrendem Collaps.

Im Allgemeinen hat man in den dem Anfalle folgenden Tagen nur ein negatives und Schädlichkeiten abhaltendes Verfahren anzuordnen, kann aber in dieser Beziehung nicht vorsichtig und sorgfältig genug sein. Besonders sind alle Eindrüke auf die Sinnesorgane und alle gemüthlichen Aufregungen, zu denen der nach dem Sopor sehr reizbare Kranke in hohem Grade disponirt ist, zu vermeiden. Der Schlaf ist zwar im Allgemeinen nüzlich und daher zu begünstigen, doch ist es nicht zwekmässig, ihn zu lange andauern zu lassen, da hierdurch leicht neue Blutüberfüllungen sich herstellen: es ist besser, wenn der Kranke nur wenige Stunden nach einander schläft. — Kleinere Hilfen sind dabei häufig nöthig, wie die Anwendung eines kalten Ueberschlags über den Kopf, einer Oleosa, kleiner Dosen von Digitalis, von Schwefelsäure, von mild eröffnenden Salzen, die Anwendung von Klystiren, die Entfernung des Harns mit dem Catheter, die Anwendung von Eispillen oder Limonade bei heftigem Durst.

Das exspectative und mild unterstüzende Verfahren hat man dagegen zu verlassen und zu kräftigeren Einwirkungen zurükzukehren:

sobald die Zeichen einer neuen Hyperämie des Gehirns und einer das Maass übersteigenden Reaction eintreten, in welchem Falle das Verfahren gegen Hirnhyperämie stattfinden muss;

wenn eine sehr beträchtliche nervöse psychische Aufregung mit Delirien, Convulsionen, anhaltender Schlaflosigkeit ohne Zeichen von Blutüberfüllung des Gehirns sich herstellt, wogegen der Gebrauch der Blausäure, der Digitalis, im Nothfalle selbst des Opiums indicirt ist;

wenn ein mit dem muthmaasslichen Blutextravasate nicht im Verhältniss stehender Collaps (Blässe des Gesichts, kleiner Puls, zunehmende Ermattung, unregelmässige Respiration) sich einstellt, wofür die Anwendung der Flores Arnicae, des Ammoniaks, sowie anderer milder Reizmittel nöthig ist;

wenn dike Zungenbelege und hartnäkige Verstopfung entstehen, in welchem Falle der Gebrauch von drastischen Mitteln erlaubt ist;

wenn Lungenhyperämieen, Pneumonieen sich entwikeln, wobei örtliche und allgemeine Blutentziehungen meist nicht zu umgehen sind und die Digitalis, sowie das Nitrum in Gebrauch gezogen werden können;

wenn Lungencatarrhe mit grossem Reiz zum Husten auftreten, wogegen warme Ueberschläge, beruhigende und schwach narcotische Mittel (Emulsionen mit Aqua laurocerasi) anzuwenden sind;

wenn Sputa in der Trachea stoken und Trachealrasseln, unregelmässige Respiration und Cyanose in Folge davon entstehen, in welchem Falle ein Emeticum, im Nothfall wiederholt, versucht werden muss;

wenn die Herzcontractionen zu heftig sind und an Frequenz zunehmen, wobei einem noch kräftigen oder gar plethorischen Kranken mit Nuzen eine Aderlässe gemacht, bei entgegengesezten Constitutionsverhältnissen die Digitalis in Anwendung gesezt werden kann;

endlich ist auch dann, wenn in den auf den Anfall folgenden Tagen der Zustand gleichmässig bleibt und der Kranke in tiefem Sopor verharrt, die Fortsezung des exspectativen Verfahrens nicht rathsam, sondern es muss versucht werden, einerseits durch wiederholte kleine Blutentziehungen, andererseits durch mässige Reizmittel, wie namentlich durch die Anwendung von Flores Arnicae, die Wiederbelebung der Hirnfunctionen zu fördern.

D. Wenn die Zeit der Reaction vorüber ist, so kann die allmälige Rükbildung des Herdes sich selbst überlassen bleiben, solange ihr Fortschreiten durch tägliche Besserung der Symptome sich kundgibt, und es ist nur eine, jedoch nicht mehr so ängstliche Abhaltung schädlicher Einflüsse, eine mild nährende Diät und eine Herbeiführung täglichen Stuhles fortwährend geboten. Geht jedoch die Besserung zu langsam oder wird sie sistirt, so kann der Versuch gemacht werden, mild resorbirende Mittel anzuwenden: Salmiak, Tartarus emeticus in kleinen Dosen, Jodkalium, und nach mehrwöchentlicher Dauer des Zustandes durch methodische, aber zumal Anfangs sehr vorsichtige Uebung der Theile, durch periphere Reizungen und durch die Anwendung der Electricität den Wiedergebrauch der Theile zu fördern. Immer aber ist dabei fortwährend auf jede neue Hyperämie des Gehirns die grösste Aufmerksamkeit zu verwenden, bei ihrem Eintritte jede Reizung und Anstrengung zu unterlassen und statt des bisherigen Verfahrens ein mildes Verfahren (Kälte auf den Kopf) und bei Zunahme und Fortdauer der Congestionen eine örtliche Blutentziehung in Anwendung zu bringen.

Die Uebung der geschwächten Theile und die Anwendung von peripherischen Reizen auf die gelähmten oder in der Besserung zögernden darf nicht zu lange aufgeschoben werden, weil sonst die Fähigkeit zum Wiedergebrauch derselben für immer eingebüsst wird. Die Uebungen müssen aber mit grosser Vorsicht geschehen, da eine Ueberanstrengung nur den entgegengesezten Erfolg hat. Bei vollständig oder annähernd vollständig gelähmten Theilen müssen passive Bewegungen vorgenommen werden, und wenn sich, wie gewöhnlich, in den kräftigeren Flexoren Contracturen einstellen, so müssen diese durch häufiges passives Strecken der Theile überwunden werden. Bei beginnendem Wiedergebrauch sind die schwächsten Partieen durch mechanische Mittel zu unterstüzen. Von den peripherischen Reizmitteln bedient man sich hauptsächlich der spirituösen, ammoniacalischen und campherirten Einreibungen. Ein sehr vortheilhaftes Mittel ist die Auflösung des Phosphor in Oel (gr. jv auf ℥j); auch der Ameisenspiritus ist ein gerühmtes Mittel. Am nüzlichsten zur Wiederbeförderung der Bewegung, aber nur mit grosser Vorsicht anzuwenden, ist die Electricität. Heisse Douchen, warme Localbäder, eisenhaltige salinische Allgemeinbäder, Moorbäder sind gleichfalls vortheilhaft, aber nur bei Abwesenheit von Hirncongestionen anzuwenden; und wenn auch eine methodische Badecur nach einem apoplectischen Anfall zuweilen von einigem Erfolg ist, so darf man sie doch nicht zu frühzeitig und nur unter Berücksichtigung der nicht unbedeutenden Gefahren derselben vornehmen und keinenfalls zu viel davon erwarten.

b. *Extravasate in der Pia (subarachnoideale Apoplexieen).*

Die Extravasate in der Pia können in verschiedenen, nach Ursachen und Folgen sehr wesentlich differirenden Weisen vorkommen:

1) Ausgebreitete, meist multiple Extravasate in der Pia der Convexität des Gehirns, zuweilen mit einem gleichzeitigen Ergusse von flüssigem oder geronnenem Blute an der Basis, kommen wohl niemals in primärer Art vor, sondern sind nur die Folgen intensiver Hyperämieen der Pia. Da bei jeder stärkeren Stase in den Gefässen der Pia geringfügige und meist nur minimale Blutaustritte aus den Gefässen stattzufinden pflegen, so ist der Unterschied zwischen diesem Zustande und dem reichlicheren Extravasate nur ein gradueller. Der Blutaustritt wird noch begünstigt und die Extravasate sind daher häufiger und reichlicher, wenn neben intensiver Hyperämie der Pia eine constitutionelle Disposition

zu Hämorrhagieen besteht, wie im Scorbut, in manchen Formen exanthematischer Fieber, zuweilen auch ohne bekannte Ursachen.

Die Apoplexie stellt sich in sehr zahlreichen, kleineren und grösseren Blutaustritten in der meist zugleich noch hyperämischen Pia dar und die Extravasate liegen bald auf der arachnoidealen, bald auf der cerebralen Seite der Pia. Gewöhnlich ist in der Basis des Gehirns nur eine sparsame Menge röthlichen Serums zu bemerken; in andern Fällen kann eine reichlichere, geronnene oder flüssige Blutansammlung sich dort finden.

Die von dieser Form der Apoplexie abhängenden Symptome sind von der Art, dass der Zustand sich nicht unterscheiden lässt von andern schweren, die Hirnrinde beeinträchtigenden Affectionen: von intensiven Hyperämieen, von Meningealexsudaten der Convexität, von Erweichungen der Hirnrinde; denn sie bestehen hauptsächlich in Delirien und darauf folgendem Sopor. Die Diagnose ist aber noch dadurch gewöhnlich weiter erschwert, dass die Störung der Pia meist nur eine Theilerscheinung und ein einzelnes Ereigniss in einem umfassenderen Krankheitsprocesse ist.

Im folgenden Falle, in welchem die wesentliche Erkrankung zwar nicht mit Bestimmtheit angegeben werden kann, aber doch mit grosser Wahrscheinlichkeit als eine acut constitutionelle angesehen werden muss, war die verbreitete Apoplexie der Pia die überwiegend anatomische Störung und unzweifelhaft von dem hauptsächlichsten Einfluss auf die Symptome.

Friedrich M., 18 Jahre alt, Hasenhaarschneider, früher niemals krank und in günstigen Verhältnissen lebend, kam, nachdem er 26 Stunden auf der Herreise nicht geschlafen und fortwährend etwas gefroren hatte, am 29. October 1852 in Leipzig an, fühlte an diesem Tage schon Mattigkeit und vermehrten Durst, welche Symptome eine ganze Woche fortdauerten, während Appetit und Schlaf gut blieben und alle zwei Tage ein harter Stuhl mit Beschwerde ausgeleert wurde. Am 6. November trat heftiger Schmerz in der Augengegend ein, der sich nicht wieder verlor; der Appetit nahm ab und der Durst steigerte sich noch mehr. Am 7ten begann Schwindel. Am 8ten traten zunehmende Brustschmerzen ein; am 9ten Husten mit grauschleimigem Auswurf; am 10ten ein dikbreiiger Stuhl, Uebelkeit und Erbrechen von geschmaklosem Schleim. An diesem Tage wurde der Kranke ins Hospital aufgenommen. — Körper mittelgross, gut genährt und von kräftiger Musculatur; Kopfbildung normal; Gesicht roth, erhizt; Augen stier, gläsern; starker Schmerz in der Stirn. Stark geröthete, trokene Lippen; dik belegte Zunge mit rother, trokener Spize; keine Schlingbeschwerden. Am Halse die Gefässe stark pulsirend; rechts und links ein paar kleine Cervicaldrüsen nicht empfindlich, angeschwollen. Thorax gut gebildet; auf der Brust nichts Abnormes, als eine mässige Dämpfung in dem untersten und hinteren Theil der rechten Thoraxhälfte mit schwachem und unbestimmtem Athmen daselbst. Respiration 24. Puls 116. Der Unterleib etwas hart, nicht aufgetrieben. Milzdämpfung von der 7—9ten Rippe und von der vorderen Axillarlinie bis zwei Zoll über die hintere sich erstrekend. Die Haut düster, gut angeheftet, blutreich, ohne Exanthem. Temperatur 31°,4. Rükenlage mit krummen Beinen. Ziemliche Unruhe und viele Klagen über die Untersuchung. Keine Spur von Sopor. — Die Nacht darauf unruhig. Am 11ten derselbe Zustand; dazu etwas geröthete Tonsillen, wenig Schmerz beim Schlingen; Urin bräunlich, klar, ohne Eiweiss und Gallenfarbstoff. Temperatur Morgens 31°,4, Abends 31,°7. Puls früh 108, Abends 110. — In der folgenden Nacht viele Delirien. Am 12ten nach einer kurzdauernden Ruhe von Morgens 7 Uhr an vieles Hinundherwenden, Bewegung der Arme über den Kopf in verschiedenen Lagen, Kopf zurükgebogen, bald nach der einen, bald nach der andern Seite gedreht, Nakenmuskel gespannt, Augen stier nach oben gerichtet, Pupillen sehr weit, Conjunctiva bulbi injicirt und mit Thränen überfüllt; der Mund schnauzenförmig zugespizt, Athem schnarchend, mit Schnurren und Rasseln im Larynx; bald ruhigere Respiration (28), bald beschleunigte. Puls 116. Daumen beider Hände eingeschlagen; häufige Bewegungen einzelner Finger und Zehen, Füsse nach innen gedreht; vollkommene Bewusstlosigkeit; keine Aeusserungen von Schmerz; ein dikbreiiger brauner Stuhl. Um 10 Uhr starke Nakencontractur, etwas Opisthotonus, Zittern der Pupillen, sehr heftiger Herzstoss, Gesicht mässig warm, livid geröthet, mit überhandnehmendem Livor, Rasseln zunehm-

end. Später etwas Schielen auf dem linken Auge. Um 12 Uhr geringes Erbrechen mit zeitweiser, aber wieder vorübergehender intensiver Gesichtscyanose. Um 3 Uhr wiederholt sich das Erbrechen, die Cyanose wird anhaltend, die Rhonchi nehmen zu; später starker Schweiss, während der Kranke ruhiger wird. Tod um 5 Uhr. — Die Leiche zeigte ausgebreitete und ziemlich dunkle Todtenflecke auf der äusseren Körperoberfläche. Das Blut in den Gefässen dunkel, flüssig. In der Pia der Convexität zahlreiche circumscripte Blutextravasate von Stecknadelkopf- bis Thalergrösse, die stärksten auf den vorderen Lappen des Grosshirns. Graue Substanz der Sehhügel röthlich gefärbt. Keine weiteren Störungen im Gehirn; nirgends in der Schädelhöhle Exsudat. Das Bindegewebe des oberen Theils des vorderen Mediastinums durch extravasirtes Blut dunkelschmuzigroth gefärbt. Unter der Lungenpleura einzelne kleine Sugillationen. In beiden Pleurahöhlen, besonders rechts, röthlich gefärbtes Serum mit wenigen kleinen Blutgerinnseln. Der rechte untere Lungenlappen mässig comprimirt. Lungen überall lufthaltig, ohne Spur von Tuberkel. Die grösseren Bronchien mit röthlichem Schaum gefüllt. In den Herzhöhlen kleine schlaffe Blutgerinnsel. Unter der Leberserosa zerstreute kleine Blutextravasate. Leber anämisch und schlaff. Milz 4" breit, 6" lang; ihre Kapsel schlaff, ihr Gewebe schwärzlichroth und matsch, fast breiartig. Magenfundus braun erweicht, beim Herausnehmen zerreissend. Darm ohne Anomalie. Nieren blutreich.

2) Vereinzelte Extravasate in der Pia der Convexität kommen vom kleinsten Umfang bis zu Thalergrösse und noch grösserer Ausbreitung nicht selten, aber fast immer nur secundär und neben andern Störungen im Gehirn oder neben schweren Erkrankungen extracephaler Organe vor. Sie haben meist keine deutlichen Symptome, wenn sie auch dazu beitragen können, eine schon vorhandene Unbesinnlichkeit oder einen bestehenden Sopor zu steigern. Diagnosticirt können sie niemals werden.

3) Subarachnoideale Extravasate in der Basilargegend.

Sie kommen vorzugsweise bei Neugeborenen, namentlich durch Misshandlung bei der Geburt, ferner bei sehr jungen Kindern und bei Erwachsenen im Verlaufe anderer Krankheiten, bald vorausgegangener Cerebralapoplexieen, bald anderer Störungen vor. Sie scheinen in manchen Fällen von einem Riss einer grösseren Arterie oder Vene, andere Male dagegen von capillären Rupturen abzuhängen.

Das ausgetretene Blut befindet sich der grösseren Menge nach in der Basilargegend, verbreitet sich dort in den Vertiefungen des Gehirns und kann sich bei grossen Ergüssen in sparsamerer Menge bis nach der Convexität hin ausbreiten. Auch dringt es zuweilen in die Ventrikel und mischt sich mit der Cerebrospinalflüssigkeit. Es sieht stets frisch aus, ist zuweilen noch ganz flüssig und durch die Cerebrospinalflüssigkeit verdünnt; zuweilen sind einzelne Gerinnsel vorhanden, selten ist die ganze Menge des ausgetretenen Blutes geronnen. Nirgends zeigt sich in der Umgebung die geringste Spur eines Reactionsprocesses.

Neugeborene, welche mit diesem Extravasat behaftet sind, kommen gewöhnlich scheintodt zur Welt und sterben nach wenigen Stunden oder Tagen. — Bei Erwachsenen oder überhaupt bei späterem Eintritt des basilaren Piaextravasats sind die Erscheinungen zuweilen eingeleitet durch Symptome von Gehirncongestion und von allgemeinem Uebelbefinden. Nur selten zeigt sich Delirium, nur selten eine auffallende Verwirrung der intellectuellen Thätigkeiten, wohl aber gewöhnlich eine auffallende Abstumpfung derselben und Somnolenz; ebenso häufig eine Erschwerung der Articulation oder vollkommener Verlust der Sprache. Niemals sind Hemi-

plegieen vorhanden, es sei denn, dass andere Störungen im Gehirn der subarachnoidealen Apoplexie vorangingen. — Zuweilen verfällt der Kranke plözlich in tiefes Coma und stirbt in kürzester Zeit in diesem. — In andern Fällen scheint die Blutung in mehreren Wiederholungen zu geschehen: der Kranke wird plözlich von einer Betäubung befallen, die sich aber wieder verliert und nur eine tiefe Prostration und Schläfrigkeit oder Somnolenz hinterlässt; nach kürzester Zeit folgt ein zweiter und wohl dritter Anfall, bis endlich, meist nach vorausgehendem, wiewohl oft nur wenige Stunden dauerndem Coma, der Tod eintritt. Der tödtliche Ausgang muss bis jezt als unvermeidlich in allen Fällen angesehen werden und erfolgt spätestens acht Tage nach dem ersten Blutaustritt.

Am genauesten ist das subarachnoideale Extravasat in der Basis von Prus (Mém. de l'acad. de méd. XI. 18) beschrieben worden. Manche (Monneret, Oesterlen) haben die Meinung geäussert, dass dieses Extravasat von dem intermeningealen nicht zu unterscheiden sei: diess ist jedoch nicht recht zu begreifen, indem beide Formen nach Vorkommen, Siz, anatomischem Verhalten, Symptomen und Verlauf geradezu die vollkommensten Gegensäze bilden. Vergl. auch Elsässer (Württb. med. Correspondenzbl. XIV. 295) und Francis (Guy's hosp. rep. B. III. 76).

c. Hämorrhagie auf die freie Fläche der Arachnoidea (Intermeningealapoplexie).

Die Intermeningealapoplexie wurde zuerst von Serres (Annuair. des hôp. civ. 1819) unterschieden. Darauf hat Tonnelé (1829 Journ. hebdom V. 382) Beobachtungen darüber mitgetheilt. Besonders haben Baillarger (Arch. gén. B. V. 83 und in seiner Dissertat.: du siège de quelques hémorrhagies méningées 1837) und Boudet (1839 Mém. sur l'hémorrh. des méninges) das Verhalten des Intermeningealextravasats genauer untersucht und die Verwechselung desselben mit Meningitis hervorgehoben. Rilliet und Barthez (1842 Gaz. méd. B. X. 705) und gleichzeitig damit Legendre (Rév. méd. 1842 u. 1843) haben die Intermeningealapoplexie bei Kindern kennen gelehrt. Prus (1845 Mémoir. l'acad. de méd. XI. 18) hat genauer die Unterschiede derselben von der subarachnoidealen Apoplexie gezeigt. Vergl. auch Rokitansky (II. 715) und Oesterlen (1845 Jahrb. für practische Heilkunde 800).

I. Aetiologie.

Die Intermeningealapoplexie kommt besonders bei Erwachsenen vorgerükteren Alters vor und findet sich bei ihnen ziemlich häufig: namentlich sind es Geisteskranke, Blödsinnige oder an andern Gehirnstörungen Leidende, welche davon befallen werden, und es scheint die Schrumpfung des Gehirns einen Einfluss auf ihre Entstehung zu haben. — Aber die Apoplexie kommt auch bei Kindern jeden Alters vor, vornehmlich bis zum vierten Lebensjahre und wird in dieser Zeit besonders häufig mit Hydrocephalus acutus oder chronicus verwechselt.

Das Extravasat entsteht zuweilen im Verlaufe sonstiger Gesundheit und es ist in diesen Fällen meist entweder eine traumatische oder keine Ursache aufzufinden.

Im Verlaufe anderer Krankheiten kann sich dasselbe durch verschiedene Umstände herstellen:

durch Atrophie des Gehirns,

durch Krankheiten der Blutleiter der Dura,

durch rasche Unterdrükung von Hautaffectionen des Kopfes,

durch Compression der Cava superior von angeschwollenen Bronchialdrüsen,

durch Störungen der Circulation bei rhachitischen Individuen,
durch cachectische Zustände jeder Art.

Die Intermeningealapoplexie wird am häufigsten bei geisteskranken Erwachsenen gefunden und bildet bei diesen eine sehr gemeine Complication. Dass sie aber auch bei Kindern nicht selten ist, haben Rilliet und Barthez, sowie Legendre nachgewiesen. Die ersteren fanden unter 20 Fällen 9 bei Kindern unter 2½ Jahren, 3 bei Kindern von 4 Jahren und die 8 übrigen bei solchen von 5—14 Jahren. — Boudet gibt an, dass unter 22 Fällen nur 3 Individuen vorher gesund waren; die übrigen hatten theils an Geisteskrankheit, theils an habituellem Schwindel und Kopfweh gelitten. — Die veranlassenden Ursachen sind schon darum nicht mit Bestimmtheit nachzuweisen, weil der Moment der Blutung sich häufig der Beobachtung entzieht.

II. Pathologie.

A. Man findet nur ausnahmsweise frische Blutextravasate auf der freien Fläche der Arachnoidea: theils flüssiges, theils geronnenes Blut, welches über die Convexität der Grosshirnhemisphären in mehr oder weniger umfänglicher Ausdehnung gelagert ist. Auch in solchen frischen Fällen ist es meist nicht möglich, ein zerrissenes Gefäss nachzuweisen, aus welchem die Blutung stammt.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist das Extravasat, wenn es zur anatomischen Beobachtung kommt, mehr oder weniger alt und von einer Pseudomembran umschlossen, welche den Erguss an die Dura anheftet, ohne mit der Oberfläche der zarten Hirnhäute Verbindungen einzugehen. Es hängt demnach an der Innenfläche der harten Hirnhaut ein flacher und meist schlaffer Sak, dessen untere Fläche von der Pseudomembran gebildet ist und dessen obere Wand die mit flokigen Zotten besezte harte Hirnhaut darstellt. Der Inhalt des Sakes ist bald noch dunkelrothes, flüssiges oder coagulirtes Blut, bald eine zwetschgenbrühartige dikliche, bald selbst eine geklärte und mehr oder weniger hell und dünn gewordene serumartige Flüssigkeit, je nachdem das Extravasat kürzer oder länger bestanden hat. Dieser Sak macht, wenn er von irgend erheblichem Volumen ist, einen seichten Eindruk auf der Gehirnoberfläche, kann die Stelle zur Verhärtung oder zur Atrophie bringen und selbst die Ventrikel verengern. In sehr alten Extravasaten kann die Flüssigkeit ganz verschwinden und eine verdikte, bräunliche, rostfarbene, gelbe, schmuzigweisse oder flekig pigmentirte Stelle an der inneren Fläche der Dura zurükbleiben. Nicht selten lassen sich an diesen Stellen membranartige Schichten unterscheiden, welche man abblättern kann, und zuweilen erscheint der ganze Rest des Extravasats nur als ein zarter, gelblicher Anflug auf der Innenfläche der Dura. Auch findet man in alten Extravasaten Anfänge von Incrustation, sei es in den Wandungen des Sakes, sei es in den zurükgebliebenen Verdikungen.

Diese Veränderungen haben zu vielen Verwechselungen Veranlassung gegeben. Man hat die Pseudomembran, welche die untere Fläche des Sakes bildet, für das Parietalblatt der Arachnoidea haltend geglaubt, dass die Blutung zwischen diese und die Dura erfolge; man hat ferner die Reste des Extravasats, die sich als braune, gelbe oder auch schmuzigweisse Schichten an der Dura darstellen, für blosse Entzündungen der Dura oder des Parietalblattes der Arachnoidea gehalten; man hat endlich, wenn nach einer ausgedehnten Intermeningealapoplexie der Blutherd sich aufgehellt hatte und nur eine seröse Flüssigkeit in dem Sake zurükgeblieben war, diesen Zustand häufig mit Hydrocephalus verwechselt, und es scheint, dass diese

Umwandlung des Extravasats überwiegend häufig bei Kindern vorkommt, nachträgliche Ergüsse in die Ventrikel veranlassen und dadurch die Täuschung noch begünstigen kann.

B. Die Intermeningealapoplexie tritt zuweilen in einer acuten Weise auf. In diesem Falle stellt sie sich dar bald in der Form eines nicht plözlich, aber doch binnen wenigen Stunden sich ausbildenden apoplectischen Anfalles, jedoch entweder ohne Paralysen oder wenigstens mit unvollkommener und meist beiderseitiger Lähmung: es stellt sich Röthe des Gesichtes, Somnolenz, Unbesinnlichkeit, bald in Coma übergehend, stertoröse Respiration, Unfähigkeit zu schlingen ein und in einem oder in wenigen Tagen erfolgt der Tod.

Bald stellt sich die acute Intermeningealapoplexie dar mit den Symptomen einer Meningitis, d. h. es treten in einem acuten und sich gleichmässig steigernden Verlaufe heftiger Kopfschmerz, mässiges Fieber, zunehmende Somnolenz, Coma, zuweilen locale oder verbreitete tetanische Starrheit oder auch Convulsionen und gewöhnlich erst in den lezten Stunden oder Tagen des Lebens Lähmung der Extremitäten ein.

Häufiger ist der Verlauf ein chronischer und dann nicht so scharf characterisirt, dass eine ganz sichere Diagnose möglich wäre. Es zeigen sich Schwindel, continuirliches oder intermittirendes Kopfweh, psychische Störungen mit vorübergehender Besinnungslosigkeit und Stupor, Contracturen der Glieder, Convulsionen, unvollkommene einseitige, auch beiderseitige Paralyse, — Erscheinungen, welche bald in ziemlich gleichmässigem, nur Schwankungen zeigendem Verlaufe fortdauern, bald Paroxysmen darstellen, oder selbst schlagartig: unter plözlichem Verlust des Bewusstseins, plözlicher Zunahme der Hemiplegie, der Empfindungslosigkeit des Körpers exacerbiren, welche Anfälle sich mehrmals wiederholen können. Bei länggerer Dauer bildet sich meist allmälig progressiver Blödsinn aus, welcher bei grossen Herden sogar alsbald entsteht, und wenn nicht eine intercurrente Krankheit den Verlauf unterbricht, und andererseits nicht die Resorption der Flüssigkeit eintritt, so endigt der Zustand unter stillem Delirium, wachsendem Stupor mit dem Tode.

Bei kleinen Kindern ist dabei nicht selten, wenn die erste Zeit überstanden wird, eine Ausdehnung des Schädels ähnlich wie beim Hydrocephalus chronicus zu bemerken. Bei ihnen sind eclamptische Zufälle noch häufiger und die Erscheinungen des chronischen Hirndrukes noch auffallender, wie denn bei ihnen der Zustand sich nach Vorübergang der acuten Periode nicht wesentlich von den Symptomen eines chronischen Hydrocephalus unterscheidet.

In der Mehrzahl der Fälle lässt die intermeningeale Apoplexie keine sichere Diagnose zu. Wenn auch aus den Erscheinungen ersichtlich ist, dass im Gehirn etwas vorgeht, so lässt sich doch die Art des Geschehens gewöhnlich nicht mit Sicherheit bestimmen. Die Schwierigkeit der Diagnose wird noch dadurch vermehrt, dass diese Apoplexieen vornehmlich bei schon zuvor hirnkranken Individuen eintreten, und es ist darum meist kaum zu ermitteln, ob die neuen Erscheinungen der natürlichen Weiterentwiklung der primären Krankheit angehören oder die Folge eines von ihr unabhängigen Processes und namentlich eines Blutaustrittes auf der Fläche der Arachnoidea seien.

III. Therapie.

Das intermeningeale Extravasat selbst ist für die Therapie unzugängig. Dagegen können in der ersten Zeit nach dem Austritt des Blutes und oft noch in späteren Perioden die Erscheinungen durch örtliche Blutentziehungen und durch Anwendung von Kälte auf den Kopf gemildert und sogar gehoben und die Resorption des Extravasates dadurch erleichtert und begünstigt werden.

Ausserdem hat man die sonstigen Störungen im Gehirn, denen die Apoplexie consecutiv ist, ihrer Art nach zu behandeln.

d. Hämorrhagieen in der Dura.

Die Hämorrhagieen in der Dura sind selten und können an verschiedenen Stellen stattfinden:

1) Hämorrhagieen zwischen Cranium und Dura kommen in irgend erheblicher Ausdehnung hauptsächlich nur durch traumatische Ursachen vor; kleinere Ecchymosen daselbst sind bedeutungslos.

Einen Fall von spontaner Hämorrhagie zwischen Dura und Cranium theilt Rochoux (pag. 43) mit. Ein 59jähriger Kaufmann wurde plözlich nach dem Mittagsessen bewusstlos und erbrach die zu sich genommenen Speisen. Daran schloss sich ein Coma, das mit Delirium alternirte. Die Augen starr und unbeweglich; heftige Schmerzen im Kopfe. In der folgenden Nacht convulsivische Bewegungen, wiederholtes Erbrechen, immer tieferes Coma, von neuen Convulsionen unterbrochen. Nach ungefähr zweimal 24 Stunden der Tod. In der Leiche zeigte die Dura sich überall fest dem Schädelgewölbe adhärirend, ausser an einer abgerundeten Stelle von 3—4" Durchmesser, wo ungefähr 2 Unzen bräunliches flüssiges Blut die Dura von dem Knochen trennten; ausserdem befand sich in der linken Hemisphäre noch ein Extravasat.

2) Kleine Extravasate in der Substanz der Dura kommen nicht ganz selten vereinzelt oder in grösserer Anzahl, von der Ausdehnung einer Linse bis zu einem Durchmesser von $^1/_2$" und selbst darüber vor, sind aber niemals von besonderen Symptomen begleitet und daher auch niemals zu diagnosticiren.

3) Grosse Extravasate zwischen die Lamellen der Dura (nicht, wie man früher annahm, zwischen das Parietalblatt der Arachnoidea und die Dura) sind, wenn sie überhaupt vorkommen, grosse Seltenheiten.

Die vermeintlichen grösseren Extravasate zwischen die Blätter der Dura oder zwischen diese und das sogenannte Parietalblatt der Arachnoidea sind ohne Zweifel in den meisten Fällen nichts als intermeningeale Apoplexieen gewesen, d. h. als Apoplexieen in die Höhle der Arachnoidea, und es ist nur dadurch der Schein einer Einlagerung des Blutes zwischen die Blätter der harten Hirnhaut entstanden, dass man die neue, nach unten das Extravasat abgrenzende Pseudomembran für eine Schicht der Dura oder für das Parietalblatt der Arachnoidea gehalten hatte. Hieher gehört ohne Zweifel die Observation III. von Andral (Clin. méd. V. 11): ein 75jähriger Greis fühlte ohne bekannte Ursache im rechten Bein und Arm ein Taubsein mit Schmerz am Ellenbogen und an der Ferse und Schwierigkeit in der Bewegung, zugleich Schwindel, Ohrenklingen, Kopfschmerz, Somnolenz; diese Zufälle nahmen zu und nach acht Tagen vermochte der Kranke nicht mehr zu arbeiten. Einige Tage darauf fingen auch die Bewegungen des linken Beins an schwierig zu werden. Drei Wochen nach dem Anfang der Erscheinungen, nachdem die rechte Hemiplegie vollkommen geworden, die linke unvollkommen geblieben, der Kranke comatös geworden war, starb er und es fand sich auf beiden Seiten des Kopfes von der Falx an bis zur Sutura temporo-parietalis eine rothe und verdikte Membran, welche für die Arachnoidea gehalten wurde und durch ein theils flüssiges, theils

coagulirtes Blutextravasat von der Dura getrennt war; der Erguss war links bedeutender, als rechts.

C. ABNORME GRÖSSE UND HYPERTROPHIE.

Laennec ist der erste, der auf die Gehirnhypertrophie aufmerksam machte (Journal de Corvisart XI. 666). Ausser einzelnen minder wichtigen zerstreuten Beobachtungen finden sich Mittheilungen über Gehirnhypertrophie bei Dance (Repert. gén. d'anat. et de physiol. V. 197), Andral (Clinique méd. V. 595), Bright (Reports of medical cases II. 370), besonders aber bei Sims (in Gottschalk's Sammlung I. 171), endlich neuerdings in den Werken von Rokitansky und Dietl.

I. Aetiologie.

Die Hirnvergrösserung ist in seltenen Fällen angeboren. Gewöhnlich entsteht sie erst nach der Geburt und zwar bald vor Schliessung, bald nach der Schliessung der Fontanellen. Sie fällt ganz vorzüglich in das frühere Kindesalter; mit Zunahme der Jahre wird sie immer seltener. Doch kommt sie noch selbst im Greisenalter vor. (Nach Andral soll sie zwischen dem 20sten und 30sten Lebensjahre am häufigsten sein.) Sie scheint zuweilen in Familien hereditär zu sein. Angeboren findet sie sich neben andern schweren Störungen, neben unvollkommener Schädelbildung und verschiedenen Bildungsfehlern des Gehirns und anderer Organe. Die acquirirte Gehirnhypertrophie scheint zuweilen primitiv und spontan sich auszubilden. Meist jedoch hängt sie mit anhaltenden Reizungen des Gehirns durch frühzeitiges Lernen, Krampfzufälle, Trunksucht, durch psychische Exaltation mit wiederholter Hyperämie des Organs zusammen und kann daher auch neben andern Gehirnkrankheiten sich entwikeln. Sie fällt mit grosser Thymus, mit Lymphdrüsenanschwellungen, Rhachitis und Muskelatrophie häufig zusammen.

II. Pathologie.

A. Es ist nicht genau zu bestimmen, wie hoch das Gewicht des Gehirns sich belaufen müsse, um unzweifelhaft zur Annahme der abnormen Hypertrophie zu berechtigen. Das Gewicht kann durch die Blutmenge und durch Infiltration beträchtlich zunehmen, ohne dass Hypertrophie vorhanden ist.

Bei einem Gehirngewichte von mehr als 1 Pfund im ersten Lebensmonate, von mehr als 2 im ersten und zweiten Lebensjahre, von mehr als $2^1/_2$ in dem dritten und vierten Jahre und von mehr als 3 Pfund in der späteren Zeit kann bei Abwesenheit von Hyperämie und Infiltration eine wirkliche Volumszunahme angenommen werden.

Die Volumszunahme betrifft vorzüglich das Grosshirn und kann in diesem allgemein und partiell sein.

Die allgemeine Volumszunahme stellt sich in zwei verschiedenen Weisen dar: entweder hat das Volum einfach zugenommen, ohne dass die Structur verändert ist, was in irgend höherem Grade immer mit entsprechender Vergrösserung des Schädels verbunden sein muss. Oder es ist das Gehirn zugleich zäh, derb, sehr troken geworden. Im einen wie in dem andern Fall ist das Gehirn blass, die weisse Substanz vorzüglich vergrössert, die graue bleicher und schmäler, das Gehirn enthält äusserst wenig Blut, meist keine Spur von Wasser, die Ventrikel sind klein.

Die Hirnhypertrophie kann eintreten, ehe die Näthe geschlossen sind: dann bilden sich zuweilen Zwischenknochen aus. Tritt sie ein, solange das Schädelgewölbe noch nachgiebig ist, so dehnt es sich wenigstens aus; doch weichen nur selten die Knochen wieder auseinander. In beiden Fällen unterscheidet sich die Form des Schädels nicht wesentlich von der hydrocephalischen.

Entsteht dagegen die Hirnhypertrophie erst nach vollendeter Ausbildung des Schädels, so ist das Gehirn stark in denselben gepresst, dringt nach Anschneiden der Dura mit Gewalt hervor; die Hirnhäute sind dünn, die Gyri aneinandergedrükt, das Kleinhirn und Mittelhirn meist platt gedrükt, die Ventrikel in hohem Grade verengert.

Das Kleinhirn zeigt bei der Hypertrophie des Grosshirns meist normale Dimensionen oder ist selbst verkümmert.

Partielle Hypertrophieen einzelner Grosshirntheile sind wenig bekannt.

Volumenszunahme des Kleinhirns ist selten.

B. Die Symptome der Hirnvergrösserung sind dem Grade und der Art nach sehr verschieden; ihr Verlauf ist gewöhnlich chronisch, zuweilen jedoch auch ziemlich acut.

Solange der Schädel nicht drükt, vielmehr seine Erweiterung der Hirnvergrösserung entspricht, können selbst ziemlich beträchtliche Gehirnhypertrophieen ohne besonderen Nachtheil ertragen werden, ja sogar mit einer gesteigerten und namentlich mit einer frühreifen geistigen Entwiklung verbunden sein.

Das Eintreten von Symptomen hängt ab:

von der Raschheit der sich bildenden Vergrösserung: je rascher diese erfolgt, um so schwerere Zufälle, die selbst einer Gehirnentzündung ähnlich sein können, stellen sich ein;

von dem Grade der Vergrösserung, welches Moment jedoch an sich ziemlich untergeordnet ist und nur durch die übrigen Verhältnisse Bedeutung gewinnt;

von dem Druke des Schädelgewölbes auf das Gehirn, daher die Zufälle um so sicherer eintreten und um so heftiger sind, je mehr die Vergrösserung nach vollkommener Consolidation des Schädels und im vorgerükten Alter sich einstellt oder zunimmt, je weniger überhaupt die Schädelerweiterung der Hirnvergrösserung entspricht;

von dem Verhalten der Textur des hypertrophischen Gehirns: solange diese normal ist, sind die Zufälle ungleich geringer, als wenn die Gehirnsubstanz zugleich zäh und derb geworden ist;

von den gleichzeitig bestehenden sonstigen Störungen im Gehirne: der Blutmenge, serösen und andern Exsudaten, Tuberkeln, Krebsen. Sofern diese Schwankungen zulassen (Blutmenge und Exsudate), können auch die Zufälle der Hirnhypertrophie ab- und zunehmen, obwohl das Volumen des Organs sich nicht ändert;

von der Stelle der Hypertrophie, was von der geringsten Bedeutung ist, da in den meisten Fällen das gesammte Grosshirn an der Volumsvergrösserung leidet.

C. Die Erscheinungen der Hirnvergrösserung sind:

die Vergrösserung des Kopfes,
Symptome der Hirnreizung, doch meist nur in sehr mässigem Grade,
Symptome des Hirndruks.

Es ist hienach kein Zeichen der Hirnvergrösserung selbst eigenthümlich und diese ist von manchem andern Zustand gar nicht unterscheidbar oder kann nur nach der Aufeinanderfolge, dem Zusammenfallen der Symptome und aus den Umständen vermuthet werden. Ausserdem gesellen sich häufig noch Symptome von andern zufällig begleitenden Störungen hinzu, die jedoch eher dazu dienen, die Diagnose zu erschweren, als sie zu erleichtern.

1) Die Kopfvergrösserung hat die Hirnhypertrophie mit dem Hydrocephalus und der Schädelverdikung gemein und es lässt sich aus der Grösse und Form des Kopfes in vielen Fällen kein bestimmter Schluss auf eine dieser Krankheitsformen machen; indessen gehören die bedeutenden Vergrösserungen doch nicht leicht der Hirnhypertrophie an und bei dieser ist die Form des Kopfes im Ganzen mehr erhalten, die Ausdehnung nach allen Seiten gleich oder nach hinten am meisten entwikelt.

2) Die Symptome der Hirnreizung sind meist nur in gelindem Grade vorhanden, selten oder doch nur vorübergehend bis zu furibunden Delirien sich steigernd. Sie stellen sich in ungewöhnlicher Aufgeregtheit, Kopfschmerz, Lichtscheu, unstetem Gang, Krämpfen, epileptischen Anfällen, Schlafsprechen, selbst in wirklichem Irresein dar. Sie dauern aber länger an, als bei hydrocephalischer Erkrankung und sind oft Schwankungen unterworfen: nach einem längeren Stadium mässiger Gehirnreizung folgt oft eine stärkere Aufregung, gewöhnlich mit wiederholten Krämpfen, welche aber nur kurz dauert und an welche sich die Symptome des Hirndruks anschliessen, die in diesem Falle oft schnell mit dem Tode enden.

3) Die Erscheinungen des Hirndruks sind nicht immer ganz scharf von denen der Hirnreizung getrennt, gehen vielmehr oft unmerklich in einander über, wechseln mit einander ab, oder bestehen theilweise neben einander. Sie treten bei Hirnhypertrophie allmäliger, schleichender ein, als bei den meisten andern Gehirnkrankheiten, bieten zuweilen noch zeitweise Besserung dar; ja sie können selbst, wenn der Schädel noch nachgiebig ist, wieder vollkommen cessiren. Diese Erscheinungen sind verschiedene Grade des Stumpfsinns, Erweiterung der Pupille, Erschlaffung der Gesichtszüge, Schlummersucht, zunehmende Schwäche der Muskel, Unfähigkeit zu Bewegungen, Starrsein und Lähmung einzelner Glieder, unvollkommene Respiration, langsamer und aussezender Puls.

4) Einige weitere, auf gewöhnlichen Complicationen beruhende Erscheinungen bieten noch Interesse dar. Sehr gewöhnlich sind gehirnhypertrophische Kinder rhachitisch; doch ist bemerkenswerth, dass die rhachitische Veränderung des Brustkorbes mehr mit Hydrocephalus zusammenfällt. Häufig sind asthmatische Anfälle bei Gehirnhypertrophie der Kinder, was wohl mit in der Vergrösserung der Thymus seinen Grund hat. Fettsucht ist zuweilen mit Hirnhypertrophie verbunden, doch ist auch Muskelatrophie nicht ungewöhnlich.

D. Der Tod erfolgt bei Hirnhypertrophie durch Hirndruk. Zuweilen tritt er fast plözlich ein. Er kann beschleunigt werden durch zufällige sonstige Störungen des Gehirns: durch Exsudationen auf den Hirnhäuten und auf der Ventrikeloberfläche, durch Eintreten blutiger Extravasate, die schon in sehr geringer Menge lethal werden können.

Ueber die Hypertrophie einzelner Theile des Grosshirns und des kleinen Gehirns sind nur wenige Fälle bekannt.

Bei Sims findet sich ein Fall von Hypertrophie einer Hemisphäre, eine Hypertrophie der Corpora striata, des Thalamus und des Pons (unvollkommener Blödsinn mit grosser Schwäche der unteren Extremitäten), ein Fall mit Hypertrophie der hinteren Lappen (Delirium tremens).

III. Von der Therapie ist wenig zu erwarten. Bei langsamem Verlauf ist das Gehirn vor weiteren Schädlichkeiten, zumal jeder Reizung zu bewahren, jede hinzutretende Erkrankung mit besonderer Sorgfalt zu behandeln und muss vorzüglich auf Kräftigung des Muskelapparats gewirkt werden; vielleicht dürfte der Gebrauch des Jodkaliums, einer Fontanelle oder stärkeren Ableitung im Naken zuweilen von Nuzen sein. Bei acut-

erem Verlauf kann um so weniger etwas Anderes als das Verfahren gegen Entzündung des Schädelinhalts eingeleitet werden, als von dieser der Zustand in keiner Weise sicher zu unterscheiden ist.

D. EXSUDATIONEN UND INFILTRATIONEN.

Die Exsudate in der Substanz des Gehirns und in seinen Häuten bieten in Bezug auf ihre Beschaffenheit alle die Mannigfaltigkeiten dar, welche überhaupt Exsudate zeigen können; und es ist die Art der Absezung ohne allen Zweifel von einem nicht unbedeutenden, zuweilen sogar von dem grössten Einfluss auf die Gestaltung der Erscheinungen und auf ihren Verlauf. Aber bei dem Gehirn und seinen Häuten, mehr als bei den meisten andern Organen, hängen die Symptome auch noch von andern Momenten, als von der Art des Exsudirten ab. Vornehmlich ist es die Stelle, wo das Exsudat sizt, welche maassgebend für die Erscheinungen ist, in der Art, dass verschiedene Formen von Exsudat, wenn sie an der gleichen Stelle sizen, vielfach übereinstimmende Symptome hervorrufen, und dass andererseits dasselbe Educt verschiedene Folgen hat, je nachdem es in der Rindensubstanz oder in der Basis, in den vorderen oder hinteren Theilen des Gehirns sizt. Ebenfalls von grösstem Einflusse ist die Menge des Exsudats, und zwei Fälle, bei welchen an der gleichen Stelle ein gleichartiges Exsudat sich befindet, können doch einen vollkommen verschiedenen Ausdruk der Symptome zeigen, wenn bei dem einen eine kleine Menge educirter Substanz, bei dem andern eine reichliche abgesezt ist. Dabei ist es eigenthümlich, dass zwar gewisse Stellen des Gehirns zu besonderen Arten des Exsudats mehr disponirt sind, als andere, dass ferner einzelne Stellen häufiger ein copiöses, andere häufiger ein sparsames Exsudat zeigen; aber dieses Verhalten bildet nur die Regel und lässt überall Ausnahmen zu. Ferner ist in vielen Fällen die Gestaltung des Symptomencomplexes und des Verlaufs sehr wesentlich modificirt durch die Besonderheit der Ursachen und Umstände, durch welche und unter welchen die Exsudirung bewirkt wurde, selbst wenn diese Ursachen nichts an sich Specifisches haben, und nicht nur die Symptome, sondern auch Siz, Artung und Reichlichkeit des Exsudats stehen in einer zwar factischen, aber nicht immer erklärlichen Beziehung zu den Causalverhältnissen. Endlich kann dieselbe Exsudatform in derselben Reichlichkeit, an derselben Stelle und unter ähnlichen Ursachen entstanden doch eine ganz andere Erkrankungsform zuwegebringen, je nachdem sie sich höchst acut, mässig acut oder chronisch ausbildet.

Bei diesen mannigfaltigen Einflüssen auf die Gestaltung des Krankheitsbildes und da fast in allen Fällen nicht nur eine Art von Educt im Gehirn, sondern mehrere Formen zugleich sich darbieten, von denen oft gerade die untergeordneten und consecutiven (z. B. der Wasseraustritt) die Symptome am meisten bestimmen, wäre es nicht nur unpractisch, die Beschreibung an die Artungen der Exsudate allein anzuknüpfen, sondern es ist sogar unmöglich, bei solcher Darstellung einen erschöpfenden Ueberblik über das Verhalten der mit Gehirnexsudat behafteten Kranken zu gewinnen. Vielmehr muss zu lezterem Behufe die Mannigfaltigkeit des Geschehens und Vorkommens von verschiedenen Punkten aus überblikt werden und erst nach einer solchen Betrachtung ist es zulässig, einzelne wichtigere concrete Verhaltensweisen einer speciellen Untersuchung zu unterziehen.

I. Die Exsudate sind verschieden nach den Ursachen, durch welche sie hervorgebracht werden, und nach den Umständen, unter welchen sie vorkommen.

A. Die Exsudationsprocesse im Gehirn und in seinen Häuten können primär sein und zwar

1) sporadisch entstehen.

Die sporadisch-primären Exsudationsprocesse im Gehirn, zu welchen auch die sehr häufigen traumatischen Ursprungs gerechnet werden müssen, zeigen gewöhnlich mässige und lentescirende Formen, wenn nicht eine intensive Ursache eingewirkt hat. Es sind, zumal im erwachsenen Alter, heftige und acute Fälle von Gehirnexsudation fast nur nach traumatischer oder thermischer Einwirkung oder nach einer übermässigen Steigerung und ununterbrochenen Verlängerung der Functionirung des Organs zu erwarten; doch kommen nicht selten Fälle vor, wo eine schwere, mit

Exsudation verlaufende Gehirnerkrankung ohne erhebliche Einflüsse auf das Organ spontan sich zu entwikeln scheint, — Fälle, welche jedoch meist bei näherer Aufmerksamkeit als wirklich secundäre Erkrankungen, bei denen nur die vorausgegangene Störung unbedeutend und latent war (z. B. mässige Lungentuberculose), sich zu erkennen geben. Noch viel häufiger sind derartige scheinbar primäre Exsudationsprocesse im Gehirn im kindlichen Alter, in welchem überdem auch nach geringfügigeren Einflüssen auf das Organ häufig schwerere Krankheitsformen sich entwikeln. — Im Speciellen stimmen die Ursachen der primären Exsudationsprocesse mit denen der primären Hyperämie überein, und dieselben Verhältnisse, welche bei mässiger Einwirkung die leztere hervorrufen, haben bei grösserer Intensität die ersteren zur Folge. — Die primären Exsudationsprocesse in der Hirnsubstanz zeigen sich immer vorzüglich in der Rinde und nur nach traumatischen Einflüssen oder bei weiterem Fortschreiten der Erkrankung werden auch die übrigen Theile des Gehirns afficirt.

2) Die Exsudationsprocesse kommen in epidemischer Weise vor. Diese müssen Gegenstand einer besonderen Betrachtung sein.

B. Secundäre Exsudationsprocesse bilden die unendliche Mehrzahl der Fälle.

1) Exsudationen treten ein in Folge anderer Affectionen des Gehirns, theils anhaltender functioneller Störungen, theils in der Nachbarschaft von Extravasaten, Neubildungen etc. innerhalb des Schädels. So findet man bei allen Individuen, welche längere Zeit am Gehirn in irgend einer Weise gelitten haben, Exsudationsformen von verschiedener Art und verschiedenem Datum.

2) Exsudate treten ein in Folge von Affectionen benachbarter Theile, namentlich in Folge von Krankheiten der Kopfknochen, Krankheiten des Gehörorgans, seltener des Auges, ferner in Folge von Krankheiten der Gesichts- und Kopfhaut (Erysipelas, Impetigo etc.).

3) Exsudationsformen können entstehen durch Unterdrükung entfernter Hyperämieen und Hämorrhagieen (Menstruation, Hämorrhoidalfluss etc.).

4) Exsudationsformen treten ein als Miterkrankung neben andern Localisationen bei verschiedenen Krankheiten der Constitution, sowohl acuter Art (Pyämie, acute Tuberculose), als chronischen Verlaufs (besonders chronische Tuberculose, Hydrops, Alcoolismus).

5) Zuweilen finden sich nach vorausgegangenen Entzündungen anderer seröser Häute, sowie im Verlaufe von Entzündungen der Lungen Exsudationsprocesse in den Hirnhäuten.

6) Exsudationsprocesse in den Hirnhäuten und in dem Gehirn treten sehr häufig ein als Terminalaffectionen, am meisten bei Tuberculose, doch auch bei andern Erkrankungen und zwar jeder Art.

Die Umstände, welche eine primäre Exsudation im Gehirn und in seinen Häuten hervorrufen können, vermögen auch bei zuvor bestehender andersartiger Krankheit die secundäre zu determiniren; doch bilden sich die consecutiven Formen sehr gewöhnlich ohne alle weiteren bekannten, das Gehirn speciell treffenden Einflüsse aus. — Die secundären Gehirnexsudationen sind häufiger symptomlos als die primären oder haben wenigstens oft eine Zeitlang einen latenten Verlauf. Aber ebendarum sind sie um so tükischer, da der Beginn der Erkrankung so häufig nicht bemerkt wird und erst dann Symptome eintreten, wenn die Exsudation schon massenhaft geworden ist.

II. Pathologische Differenzen.

A. Die anatomischen Veränderungen und ihre verschiedene Gestaltung.

1) Der Einleitungsprocess der Exsudation ist ohne Zweifel in der

grossen Mehrzahl der Fälle die Hyperämie der Hirnhäute und des Gehirns, deren Vorhandensein jedoch nach erfolgter Exsudation sehr häufig sich nicht mehr nachweisen lässt und an deren Stelle sogar zuweilen nach der Exsudation und durch sie ein anämischer Zustand getreten sein kann, während jedoch in andern Fällen in der Nachbarschaft des Exsudats oder selbst im ganzen Schädelinhalt verbreitet eine mehr oder weniger reichliche Blutüberfüllung fortbesteht. — Die initiale Hyperämie scheint zu der nachfolgenden Exsudation durchaus nicht in einer directen Proportion zu stehen: sie kann intensiv und von geringer Exsudirung gefolgt sein, sie kann mässig sein und doch eine reichliche Exsudation liefern; denn es sind ohne Zweifel noch andere mitwirkende Momente, welche die Reichlichkeit der Exsudation bedingen. — Andererseits steht aber auch das Verschwinden der Hyperämie nach vollendeter Exsudation nicht in einem constanten Verhältniss zu der Menge des Exsudats, und es findet sich die fortdauernde Hyperämie, wie die consecutive Anämie ebensowohl bei mässigen als bei reichlichen Educten.

Die einleitende Hyperämie ist für die Beurtheilung des Verlaufs der Exsudationsprocesse im Gehirn von der äussersten Wichtigkeit, indem ohne allen Zweifel eine grosse Anzahl von Erscheinungen bei Gehirnentzündung der Hyperämie angehören, und zwar ebensowohl derjenigen Blutüberfüllung, welche der Exsudirung vorangeht, als derjenigen, welche nach erfolgter Ausschwizung in der Nachbarschaft fortbesteht. — Es scheint ganz unangemessen, Hyperämie und Exsudation, wie Dietl will, als streng zu trennende Zustände anzusehen: denn wenn auch zugegeben werden muss, dass bei vielen Hyperämieen keine oder doch nur eine geringfügige seröse Exsudation eintritt, so ist von dieser zu den gehaltreicheren Exsudaten nur ein wenig merklicher Uebergang, der in einem und demselben Falle oft auf wenigen vereinzelten Punkten, oft auf vielen, oft in grosser Ausdehnung überschritten wird. Und nicht nur in der Zusammensezung des Educts, sondern auch in seinem Mengeverhältniss zu der vorangehenden Hyperämie liegt das Criterium, ob man einen Fall in die conventionellen Categorieen der Hyperämie oder der Entzündung verweisen will. Wenn bei ausgedehnten Hyperämieen da und dort an sehr beschränkten Stellen Spuren plastischer Exsudation auftreten, so pflegt man darum nicht diese Fälle von denen der Hyperämie zu trennen; erst wenn die Exsudation allgemeiner über das Gebiet der hyperämisirten Stelle sich ausbreitet, ist es gebräuchlich, den Zustand als Entzündung zu bezeichnen. Fälle, welche unter ganz gleichen Umständen sich darstellen und doch bald nur Hyperämie, bald plastische oder eiterige Exsudation zeigen, wie man sie in den Meningitisepidemieen beobachtet hat, zeigen unwidersprechlich, dass Hyperämie und Entzündung nur Perioden desselben Processes und nicht wesentlich verschiedene Erkrankungen sind.

2) Die im Gehirn und in seinen Häuten vorkommenden Exsudate können alle die Mannigfaltigkeiten darbieten, welche überhaupt an den Exsudationen in Parenchymen und auf Häuten beobachtet werden.

Die Verschiedenheit der Zusammensezung des Exsudats hängt in vielen Fällen ab von den Ursachen, welche bei der Erkrankung mitgewirkt haben, von der Intensität der Hyperämie, welche den Process einleitete, von der Beschaffenheit des Blutes und von constitutionellen Dispositionen des Individuums, von der Raschheit oder Langsamkeit, mit der die Erkrankung beginnt und fortschreitet. Ausserdem zeigen gewisse Stellen des Gehirns eine vorwiegende, wenngleich nicht ausschliessliche Geneigtheit zu gewissen Zusammensezungen und Formen des Exsudats. — Von der Beschaffenheit des Exsudats sind die Erscheinungen während des Lebens, jedoch nur in untergeordneter Weise abhängig, indem andere Verhältnisse auf die Gestaltung der Symptome einen ungleich grösseren Einfluss zu üben pflegen.

Die verschiedenen Arten von Exsudat sind:

a) wässerige Exsudate. Sie sind meist secundär, sei es neben andern Exsudationen und Krankheitsprocessen im Gehirn, sei es in Folge von

entsprechenden Störungen der Constitution; auch scheint die Erschwerung des Blutrükflusses in den Venen durch ein der Capillarität nicht nahegelegenes Hinderniss vornehmlich zu wässerigen Exsudationen zu führen. — Sie finden sich:

in der Substanz des Gehirns, verbreitet über dessen Gesammtheit, jedoch hauptsächlich über die Hemisphären des Grosshirns;

in den Ventrikeln, oft in ausserordentlicher Menge;

in einzelnen neugebildeten Räumen des Gehirns;

unter der Arachnoidea und in der Pia der Convexität;

an der Basis des Gehirns.

b) Plastisch-seröse, gallertartig aussehende Exsudationen, theils flächenartig ausgebreitet, theils als Infiltrationen der häutigen Bindegewebsausbreitung, sind häufig bei wenig intensiven und mehr bei consecutiven Processen. Sie folgen dem Laufe der grösseren Venen der Pia, verbreiten sich zuweilen über eine grössere Streke des Subarachnoidealraums der Convexität und kommen nur selten in den Ventrikeln vor.

c) Zarte plastische Absezungen in Form von dünnen Anflügen und Auflagerungen auf freien Flächen, wie auf der Arachnoidea und auf den Wandungen der Ventrikel, oder als dünne verklebende Schicht auf diesen und noch häufiger zwischen Pia und Gehirn sind sehr häufig theils neben andern Erkrankungsformen, theils für sich allein, werden aber meist erst lange nach stattgefundener Exsudation durch ihre Folgen (Verwachsungen) bemerklich und nur ausnahmsweise frisch in der Leiche gefunden.

d) Exsudationen um andere Krankheitsherde und abnorme Stellen (Apoplexieen, Geschwülste, fremde Körper) zeigen ähnliche Beschaffenheit wie die beschränkten Reactivexsudationen in andern Organen: bald derbe Callositäten, bald eiterig durchdrungene Gewebsschichten, bald pseudomembranöse Formen.

e) Diffuse, mehr oder weniger dike Pseudomembranen sind vornehmlich auf der Pia der Convexität, seltener an der Basis, selten ferner und nur bei sehr intensiven Processen auf der freien Fläche der Cerebralarachnoidea, in beschränkter Weise auch auf der Dura wahrzunehmen. Sie stellen neben der Eiterung die characteristische Form der Exsudate bei reiner, acuter und intensiver Entzündung dar, und schliessen sich in unmittelbaren Uebergängen an die schichtenweise Ablagerung diken Eiters an.

f) Granulirte Exsudationen, welche in disseminirten, oft höchst sparsamen, oft aber auch ziemlich oder sehr reichlichen, den Miliargranulationen anderer Theile ähnlichen Absezungen sich darstellen, zuweilen aber auch confluiren oder mit diffusen plastischen Exsudaten verbunden sind, dabei bald zarter, bald derber und zuweilen von fast cartilaginöser Consistenz sind, kommen vornehmlich in der Pia und zwar überwiegend im Basilartheile, sowie in dem Theile, welcher die grösseren Gruben (Fossae Sylvii etc.) auskleidet, und in den Plexus choroidei vor. An sich schon durch die granulirte Form Aehnlichkeit mit den als Tuberkel bezeichneten disseminirten Absezungen in den Lungen und in einigen andern Organen zeigend ist diese Exsudation auch vornehmlich bei Individuen zu beob-

achten, die im Gehirn, in den Drüsen, Lungen oder in andern Theilen grössere feste oder erweichte Tuberkelinfiltrationen tragen, und wird daher sehr gewöhnlich tuberculöse Meningitis genannt. Sie ist fast immer mit einer reichlichen wässerigen Exsudation, zumal in den Ventrikeln, verbunden.

g) Sanguinolente Exsudationen finden sich in grösserer Ausdehnung als Infiltrationen der Corticalsubstanz, sowie in beschränkterem Size zuweilen im Marklager und stellen, zumal im lezteren, den Uebergang zu dem hämorrhagischen Infarcte dar. Blutig-wässerige Ergüsse finden sich oft an der Basis des Gehirns und in den Ventrikeln, für sich allein oder neben Störungen in andern Theilen des Organs.

h) Serös-eiterige Exsudation findet sich selten als einziges, meist als begleitendes oder consecutives Product, vornehmlich in den Ventrikeln und an der Basis des Gehirns.

i) Eiteriges Exsudat ist verhältnissmässig selten und gehört theils höchst intensiven und acuten, theils aber schleichend verlaufenden Processen an. Es kann an fast allen Theilen vorkommen: an der Dura, als freie Schicht auf dem Cerebralblatt der Arachnoidea, im Subarachnoidealraum der Convexität, auf der Basis des Gehirns, in den Ventrikeln, ferner an allen Stellen der Substanz, bald in der Form einer Durchsezung mit zahlreichen Eiterpunkten, bald, jedoch immer nur nach längerer Dauer des Verlaufs, in der Form des Abscesses.

k) Carcinomatöse Exsudationen finden sich als Infiltration der Gehirnsubstanz, haben aber mit den in Geschwulstform auftretenden Krebsen soviel Uebereinstimmendes, dass sie mit diesen gemeinschaftlich zu betrachten sind.

Alle diese verschiedenen Arten von Exsudat gehen mannigfaltig in einander über und es bestehen sehr häufig mehrere Formen neben einander, je nachdem der Process an einer Stelle intensiver, an der andern mässiger war, je nachdem die Stellen mehr zu dieser oder mehr zu jener Form der Exsudirung disponirt sind. Daher ist es auch nicht möglich, durchaus und mit Schärfe die Einzelfälle nach der anatomischen Terminologie zu bezeichnen oder die Darstellung der verschiedenen Gestaltung des Vorkommens an die Verschiedenheit der Exsudate zu binden. Ungekünstelte Categorieen, die aber freilich schlaff bleiben müssen, lassen sich nur nach dem Ueberwiegen einer oder der andern Exsudationsform aufstellen. — Bei den Exsudaten im Gehirn und in seinen Häuten ist die grössere Frequenz dünner Educte und das seltenere Vorkommen gehaltreicher bemerkenswerth, was jedoch darin vielleicht zum Theil begründet ist, dass der Tod in den meisten Fällen früher erfolgt, ehe substanzreiche Exsudate sich gebildet haben. Auch ist erwähnenswerth, wie sehr im Vergleich mit andern Organen die sanguinolenten Exsudate im Gehirn zurückstehen und zumal die sanguinolent-plastischen Exsudate, die in andern serösen Häuten so gemein sind, in der Serosa des Gehirns ganz fehlen.

Von grossem Einfluss auf das Schiksal des Exsudats und auf die Folgen ist seine Copiosität. Geringe oder doch sehr mässige Exsudate kommen nicht nur sehr häufig und oft ohne alle bekannte Ursache vor theils für sich, theils als begleitende Vorgänge bei den verschiedensten Krankheiten, theils als terminale Ereignisse; sie sind zum Theil fast ohne allen Einfluss auf den Gang der Functionen, andere Mal freilich troz ihrer Geringfügigkeit von den bedeutendsten Folgen, welche leztere aber oft erst hervortreten, nachdem das Exsudat schon geraume Zeit vorhanden ist. — Copiösere Exsudate dagegen finden sich vornehmlich nur in der Pia der Convexität, an der Basis des Gehirns und in den Ventrikeln, viel seltener und meist nur secundär im mittleren Marklager der Hirnsubstanz, ganz ausnahmsweise in der Corticalsubstanz, im Kleinhirn und im Mesencephalon.

3) In sehr vielen Fällen zeigen sich die Exsudate im Gehirn und in

seinen Häuten nicht in der Art ihrer ursprünglichen Absezung, sie haben vielmehr verschiedene Transformationen eingegangen oder consecutive Umänderungen in ihrer Nähe herbeigeführt, welche zwar auf ein früher bestandenes Exsudat hinweisen, dieses selbst aber nicht immer direct erkennen lassen.

Diese weiteren Veränderungen in den Exsudaten und in ihrer Nachbarschaft sind:

a) Verwachsungen, welche vornehmlich zwischen Pia und Hirnrinde und zwischen den Wandungen der Ventrikel vorkommen und am ehesten durch die dünn geschichteten Exsudate an diesen Stellen entstehen. Fast in allen Fällen, wo sie eintreten, haben sie ein Atrophiren der benachbarten Hirnsubstanz zur Folge.

b) Die Verhärtung (Sclerosirung, Cirrhose), welche seltener in der Hirnrinde, häufiger in dem Marklager vorkommt, bald beschränkt, bald ausgedehnt ist und meist gleichfalls zu einer fortschreitenden Atrophie in der Nachbarschaft führt.

c) Die bleibende Verdikung, vornehmlich an den Hirnhäuten vorkommend und wahrscheinlich die Folge sehr mässiger, aber wiederholter Infiltrationen derselben.

d) Die Tuberculisation, ziemlich seltene Umwandlung von Infiltraten der Hirnsubstanz.

e) Die Erweichung, bald durch seröse Maceration, bald durch alle Arten von Infiltration herbeigeführt, vornehmlich in der Corticalsubstanz, in der Ventrikelnähe, aber auch im übrigen Marklager, bald in bleicher Farbe, bald gelbröthlich oder schmuzigroth sich darstellend.

f) Die Herstellung von Cysten, welche mit Flüssigkeit gefüllt sind, die Anfangs gewöhnlich trübe, eiterig oder blutig, später sich mehr oder weniger aufhellen und sogar wässerige Beschaffenheit annehmen kann, ist ziemlich selten und kommt vornehmlich nach Abscedirungen, doch auch vielleicht in Folge einer zumal sanguinolenten Infiltration mit nachfolgender Erweichung (rothe Erweichung), sowie bei den apoplectische Herde umgebenden Reactivexsudationen vor.

g) Die Verfettung, eine Art des Involutionsprocesses der Exsudate unter gleichzeitigem Schwunde der Substanz.

h) Verkalkungen finden sich theils in den Infiltrationen der Häute, zumal der Convexität, theils in den Exsudationen, welche dem Knochen benachbart sind, nur in seltenen Fällen innerhalb des Gehirns.

i) Narbenbildungen und narbige Verschrumpfungen können nach allen nicht tödtlich verlaufenden Exsudationsprocessen zurükbleiben, zumal wenn das Gewebe in grösserem Umfange unter dem Exsudate zu Grunde gegangen war.

k) Atrophie der Gehirnsubstanz und zuweilen der Häute ist der gemeinschaftliche Consecutivprocess bei allen protrahirten oder unvollständig heilenden Exsudationen.

B. Die Exsudate haben zwar ihre bestimmten Folgen je nach ihrem Size, ihrer Art und ihrer Acuität, allein diese sind durch Nebenverhältnisse und Complicationen modificirt, verdekt und zum Theil in einer solchen Art unkenntlich gemacht, dass die Diagnose mancher Exsudate im Schädelinhalt zu den schwierigsten und zum Theil wirklich unlösbaren Aufgaben gehört.

Diess hängt davon ab, dass es in der Natur der Exsudation liegt, von andern Processen eingeleitet und mit solchen combinirt zu sein, welche häufig viel erheblichere Zufälle hervorbringen, als das Exsudat selbst.

Da der einleitende Process der Exsudation stets oder doch in der überwiegenden Menge der Fälle eine Blutüberfüllung ist, so können auch Erscheinungen einer Hyperämie der Häute oder der Substanz den Symptomen des Exsudats vorangehen, und da die einleitende Hyperämie gewöhnlich umfänglicher ist, als der spätere Exsudationsherd, so sind in vielen Fällen die Prodromalphänomene, d. h. die von dem vorbereitenden Processe abhängigen Zufälle ausgebreiteter, vielfältiger und sogar nicht selten schwerer, als die Symptome, welche durch die Exsudation selbst zuwegegebracht werden und welche daher zu einer Zeit eintreten, wo die Störung sich bereits auf beschränkte Punkte zurükgezogen hat. Da aber ferner eine Hyperämie in der Nachbarschaft des Exsudationsherdes über die ganze Dauer der Erkrankung fortbestehen oder zu jeder Zeit derselben aufs Neue eintreten kann, so sind in vielen Fällen die Symptome des Exsudationsherdes selbst bald dauernd, bald vorübergehend gemischt mit den Erscheinungen einer mehr oder weniger umfänglichen Congestion.

Auch Extravasirungen von Blut finden sehr häufig im Anfange des Exsudations-

processes und auch wohl noch im Verlaufe desselben statt. Wenn diese Blutaustritte reichlich sind, so können im Anfange und im Verlaufe des Processes oft schlagartige Zufälle sich ereignen. Bei sofort erfolgendem Tode erkennt man sodann die Combination des Exsudats mit dem Blutaustritt und damit die Ursache des apoplectischen Anfalls. Bleibt aber das Leben noch einige Zeit erhalten, so können die Blutkörperchen des ausgetretenen Blutes wieder verschwinden, kann der Extravasattheil des Herdes sich innig mit dem Exsudate mischen und dadurch unkenntlich werden, und es hat dann das Ansehen, als ob das Exsudat selbst und für sich in der Form eines apoplectischen Anfalls aufgetreten sei.

Neben dem Exsudatherde kann zu Anfang oder zu jeder Zeit eine Anämie des übrigen Schädelinhalts bestehen, sei es, dass diese eine zufällige Complication ist, sei es, dass sie herbeigeführt wird durch den Verlust, den die Gefässe an Blutbestandtheilen bei der Exsudation erleiden, sei es endlich, dass der Druk des Exsudats die Gefässe verengt. Eine solche Anämie kann ihrerseits ihre Erscheinungen den Symptomen des Exsudats beimischen, leztere unkenntlich machen und verdeken.

Nicht selten sind die Verhältnisse bei Exsudationen so gestaltet, dass zweierlei Arten von Absezungen bestehen, von denen die eine die wesentliche, die andere die untergeordnete und consecutive ist, und es kann dabei geschehen, dass die secundäre ihres Sizes, ihres Volums oder anderer Umstände wegen die weit beträchtlicheren, umfänglicheren und auch auf das Leben einflussreicheren Zufälle hervorbringt, durch deren Gegenwart die Erscheinungen der wesentlichen Exsudation in den Hintergrund treten und übersehen oder ganz unbemerklich werden (so bei der granulirten Meningitis und deren consecutivem Ventrikelhydrops).

Endlich können alle möglichen andern zufälligen Complicationen, früher eingetretene oder neue Störungen im Gehirn, der Grad der Reizbarkeit des Organs in der Weise eine Modification der Erscheinungen des Falles hervorrufen, dass bei Exsudationen troz gleicher Art, gleichen Sizes und gleicher Grösse doch das Krankheitsbild sehr wesentlich divergirt.

Eine solche Erschwerung der Diagnose der Exsudate und die Unmöglichkeit, in manchen Fällen die Verhältnisse vollständig zurechtzulegen und zu analysiren, was einleitenden und complicirenden Processen und was dem Exsudate selbst angehört, was von dem wesentlichen und den Character der Krankheit bezeichnenden Exsudat und was von nachträglichen Absezungen abhängt, darf nicht vor dem Versuche zurükschreken, in jedem einzelnen Falle sich die diagnostische Aufgabe zu stellen. Zwar muss man eben darum auf sogenannte pathognomonische Symptome verzichten; man kann auch nicht erwarten, dass ein scharfes Krankheitsbild den einzelnen Exsudatformen entspreche, da jenes so häufig grösstentheils von untergeordneten und wechselnden Nebenverhältnissen abhängt. Vielmehr müssen die Schlüsse aus den Phänomenen mit der grössten Umsicht und Ueberlegung gemacht werden und es ist jeder Einzelfall als ein Problem anzusehen, das nur durch Inbetrachtnahme aller Umstände und Erscheinungen des Falles gelöst werden kann. Gewisse empirische Thatsachen müssen hier häufig die Lüke directer Kennzeichen ersezen. So ist z. B. die granulirte Meningitis am wenigsten aus den von den granulirten Ablagerungen zunächst abhängigen Erscheinungen zu diagnosticiren, sondern die Symptome weisen vorerst nur auf einen acuten Hydrocephalus hin; aber die Thatsache, dass unter gewissen Umständen dieser nur bei einer granulirten Meningitis vorzukommen pflegt, lässt die wirkliche Natur des Falls mit ziemlicher Sicherheit ermitteln. So ist ferner oft mehr auf das Fortschreiten der Symptome und auf ihre Aneinanderreihung, als auf ihren Complex das Urtheil zu gründen, und nicht selten müssen die ätiologischen Momente (z. B. vorausgegangene Verlezungen), sowie die constitutionellen Verhältnisse des Kranken die Diagnose unterstüzen.

An der Stelle, wo die Exsudation stattfindet, ist die Functionirung aufgehoben. Ob das Exsudat auch auf benachbarte oder entfernte Theile des Schädelinhalts, und zwar an sich und nicht durch begleitende und secundäre Processe wirkt, und welche Erscheinungen es dort hervorruft, hängt von dem Grade des Drukes ab, den es ausübt, und von der Empfindlichkeit der übrigen Hirnstellen für diesen.

Manche Exsudate wirken gar nicht direct auf die übrigen Hirntheile, weil sie entweder zu geringfügig sind, um zu drüken, oder weil sie sich so langsam vergrössern, dass das Gehirn sich an ihre Gegenwart accommodirt. Der Druk, den das Exsudat auf andere Theile ausübt, kann entweder seine nächste Nachbarschaft

beeinträchtigen oder aber entfernte Theile, welche nicht auszuweichen vermögen und einen Gegendruk erleiden. Nicht selten ist der leztere von einer empfindlicheren Wirkung, als der unmittelbare Druk des Exsudats auf die Nachbarschaft. Geringe Grade des Druks auf die Hirnsubstanz rufen auch unter diesen Umständen, wie unter allen andern, Symptome der Hirnreizung hervor, höhere Grade die des Torpors oder der Paralyse.

Die Symptome, welche von dem Exsudat selbst abhängen, sind demnach verschieden:

nach der Stelle, welche durch das Exsudat belastet und dadurch in ihren Functionen verhindert ist;

nach den Stellen, welche von dem Exsudat einen directen oder indirecten Druk erleiden;

nach den Graden dieses Druks.

Es kann daher ein Exsudat latent sein, gar keine Symptome hervorrufen, und zwar entweder während der ganzen Dauer seines Vorhandenseins, oder nur im Anfang, bald kürzer, bald länger, oder zwischendurch im Verlaufe, wenn die Stelle, wo es sich befindet, keine Beziehung zu irgend einer in die Erscheinung tretenden Function hat und wenn auch keine andere Stelle des Gehirns, von welcher bestimmte Functionsäusserungen abhängen, von dem Druke des Exsudats belästigt ist.

Oder es kann das Exsudat nur die Symptome der Hirnreizung hervorrufen, wenn zwar die Stelle, an der es sich befindet, ohne Einfluss auf die Symptome ist, dagegen ein mässiger Druk auf Symptome gebende Hirntheile ausgeübt wird.

Oder es kann das Exsudat Symptome der Functionsparalyse und des Functionstorpors bewirken, theils dadurch, dass Symptome gebende Stellen von ihm zerstört sind, theils dadurch, dass von ihm auf solche mittelst directen oder indirecten Druks gewirkt wird.

Oder es kann das Exsudat sowohl Symptome der Reizung und der Paralyse bewirken, wenn es auf einzelne Stellen mässig drükend wirkt, während es andere Symptome gebende Theile zerstört oder einen starken Druk auf sie übt.

Die Symptome eines Exsudats, mag es einen Siz haben, welchen es will, können auf die psychischen, sensoriellen oder motorischen Functionen sich beziehen, weil dasselbe die verschiedenen, diese Functionen repräsentirenden Hirntheile, auch wenn es an ihnen nicht selbst seinen Siz hat, indirect durch Druk belästigen kann.

III. Die Therapie des Exsudationsprocesses innerhalb des Schädels gestaltet sich bei der grossen Mannigfaltigkeit der Verhältnisse begreiflich sehr verschieden. Die allgemeinen Indicationen, welche je nach der Art des Falles bald dringender erscheinen, bald mehr zurüktreten, sind folgende:

1) Man muss trachten, die einleitende und den Exsudationsprocess unterhaltende Hyperämie zu ermässigen, um dadurch einerseits den Exsudationsprocess zu brechen, andererseits die Wiederaufnahme des Ergossenen zu ermöglichen.

Daher fallen die Methoden zur Behandlung der Exsudationen sehr häufig und wesentlich zusammen mit den Methoden zur Beseitigung und Ermässigung der Blutüberfüllung des Gehirns und seiner Häute.

2) Man muss suchen, die Wegschaffung des Exsudats zu begünstigen.

Nur in den seltensten Fällen ist die Entfernung des Exsudats auf directem Wege nach aussen möglich und stets misslich; aber auch die Begünstigung der Wiederaufnahme des Ergossenen in die allgemeine Circulation ist häufig eine nicht zu erreichende Aufgabe, da die hiefür bei Exsudaten anderer Orte wirksamsten Mittel (Aderlässe, Tartarus emeticus etc.) bei den Ergüssen innerhalb des Schädels von geringem Erfolge und selbst von ungünstigen Nebenwirkungen sind. Bei den Mitteln, welchen in dieser Beziehung eine Wirkung zugeschrieben wird, ist es höchst zweifelhaft, ob ihr günstiger Einfluss auf den Verlauf und den Ausgang der Gehirnerkrankung nicht auf andern Umständen beruhe (die sogenannten Ableitungen auf die Haut *das Calomel und* die andern Drastica, das Jod etc.).

3) Man hat den Stand der Functionen in einer Weise zu erhalten, dass das Ueberstehen der nächsten Gefahr erleichtert und damit eine spontane Lösung der ungünstigen Verhältnisse ermöglicht, oder aber dass der allmälig sich vorbereitende Untergang so weit wie thunlich hinausgeschoben wird.

In den meisten Fällen ist hiefür eine Beschränkung und gewissermaassen eine Besänftigung der Functionen des Organs nöthig, da sie in solcher Weise am ehesten ausdauern und die Hauptgefahr auf der Comsumtion durch exaltirte Functionirung liegt; nur bei acutem Collapsus oder bei fortschreitender allmäliger Zerrüttung ist eine mässige und vorübergehende, wenn auch manchmal der Wiederholung bedürftige Erregung der Functionen die Aufgabe.

4) Man muss trachten, auf die Gesammtconstitution den Umständen gemäss günstig einzuwirken, indem dadurch nicht nur die Resistenz der noch gesunden Gehirntheile am meisten unterstüzt, sondern auch der spontane Ausgleichungsprocess gewöhnlich am ehesten gefördert wird.

5) Man hat endlich einzelne Zufälle in symptomatisch-therapeutische Berüksichtigung zu ziehen, wenn dieselben überwiegend lästig sind, auf den Krankheitsprocess im Gehirn ungünstig einwirken oder auf irgend eine Weise dem Kranken einen relativ grösseren Nachtheil bereiten, als ihre Unterdrükung zur Folge haben könnte.

1. Meningo-Encephalitis (diffuse Encephalitis, universelle Encephalitis).

In den Darstellungen und Betrachtungen der früheren Medicin ist die Encephalitis mit andern Affectionen auf das Unklarste vermischt und man darf nicht erwarten, dass die unter diesem Namen oder unter dem der Phrenitis betrachteten Krankheitsfälle und Formen dem entsprächen, was man jezt unter der Krankheit zu verstehen hat. Selbst bei Lallemand, welcher zuerst eine diagnostische Abtrennung versuchte, und bei Bouillaud (Traité clinique et physiol. de l'éncephalite ou de l'inflammation du cerveau 1825) ist der damals ungenaue und durch die Broussais'sche Lehre über die Maassen ausgedehnte Begriff der Entzündung störend für die Auffassung der Differenzen der Fälle. Am schärfsten hat Calmeil (Dict. en XXX. XI. 491) die diffuse Encephalitis unterschieden. Aber sowohl vor als nach ihm wurden durch subtile Versuche, die theoretische Trennung der Affection practisch und mittelst der Diagnose während des Lebens festzustellen, aprioristische Vorstellungen mit dem wirklichen Sachverhalt vermengt (Rostan, Forget). Später verfiel man in das Extrem, eine verbreitete Encephalitis zu bezweifeln, weil allerdings die exquisiten Störungen, die man bei der localen Encephalitis zu finden pflegt, niemals über das ganze Gehirn verbreitet zu sein pflegen.

I. Aetiologie.

Die Meningo-Encephalitis kann als die vielleicht seltenste Form der exsudativen Erkrankung des Schädelinhalts angesehen werden.

Ihre Ursachen sind im Allgemeinen die der Hyperämie und man will sie primär vornehmlich nach Ueberanstrengungen des Gehirns, nach sexuellen Excessen, nach übermässigem Genuss von geistigen Getränken, nach Insolation und nach Gehirnerschütterung beobachtet haben. — Ausserdem kommt die Krankheit secundär vor, sei es als Ausbreitung zuvor localer Processe im Gehirn und in seinen Häuten, sei es nach Gesichtserysipelen, sei es endlich im Verlaufe schwerer, die Gesammtconstitution afficirender Erkrankungen (Pyämie, eruptive Fieber, vielleicht Leberkrankheiten etc.)

Es ist in der That unmöglich, die ursächlichen Verhältnisse dieser Krankheit mit Bestimmtheit anzugeben, da bei den meisten Beobachtungen, zumal der früheren

Zeit, mit einer ziemlichen Unvorsichtigkeit zu Werke gegangen wurde und da andererseits in den Fällen, in welchen der Tod nicht erfolgt, niemals die Sicherheit der Diagnose verbürgt werden kann.

Von Manchen wurde der allgemeinen Encephalitis ein weit häufigeres Vorkommen zugeschrieben, indem man Fälle dahin rechnete, bei welchen die Diagnose nur aus den Symptomen abstrahirt war, indem man ferner in der Abscheidung intensiver Hirnhyperämieen von der Encephalitis nicht streng genug war, auch sehr zahlreich verbreitete Capillarapoplexieen und Petechialblutungen mit der Encephalitis verwechselte, ausgebreitete Localentzündungen oder auch multiple Entzündungsherde oft genug zur allgemeinen Encephalitis rechnete. So ungehörig diese Vermischung mit andern Zuständen des Gehirns ist und so sehr sie theils das Symptomenbild verunreinigte, theils aber zur Aufstellung von pathognomonischen Zeichen führte, die der universellen Encephalitis fremd sind, so ist doch andererseits nicht zu läugnen, dass eine vollständige Abtrennung der Fälle von universeller Encephalitis von den namhaft gemachten Störungen eine absolute Unmöglichkeit ist, indem diese lezteren in unmerklicher Weise sich an jene anschliessen, in sie übergehen können und indem in der That manche Fälle jener Affectionen nach allen Beziehungen der universellen Encephalitis so nahe stehen, dass es verkehrt wäre, sie von ihnen abzuscheiden. So ist z. B. zwischen einer sehr ausgebreiteten Erweichung des Gehirns mit verwischten Grenzen der kranken Stelle und der universellen Encephalitis ein wesentlicher Unterschied nicht vorhanden; in manchen Fällen von intensiver Hyperämie findet man reichliche Stellen, wo das Gewebe offenbar mit Exsudat durchdrungen ist; und bei verbreiteten Capillarapoplexieen ist oft nicht zu entscheiden, ob die Durchfeuchtung des Gehirns, welche sich vorfindet, nur die Folge der zahlreichen Blutaustritte ist, oder ob nicht die kleinen apoplectischen Stellen durch das acute Brüchiggewordensein der Hirnsubstanz hervorgebracht sind. So lässt sich namentlich aus Beschreibungen der Fälle meist gar nicht mehr ermitteln, wie diese angesehen werden müssen, und selbst Angesichts einer Leichenöffnung ist das Urtheil über die Natur des Befundes oft misslich und unsicher.

II. Pathologie.

A. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der universellen Encephalitis sind über den ganzen Schädelinhalt allseitig verbreitet, dagegen an keiner Stelle sehr ausgebildet, ohne Zweifel weil das Leben nicht solange erhalten bleibt, bis die Affection zu vorgeschritteneren anatomischen Veränderungen gedeiht.

Unter der Arachnoidea der Convexität finden sich sparsame, gallertartige Exsudationen, zuweilen auch auf der freien Fläche der Arachnoidea einzelne Fezen von Exsudat; besonders sind die meist erweiterten gröberen Gefässe der Pia von Exsudat eingehüllt und die kleineren Gefässe reichlich injicirt; auch kleine zerstreute, zuweilen sehr reichliche Blutextravasate sind in dieser zu bemerken. An einzelnen Stellen des Subarachnoidealraumes sind zuweilen mässige Mengen von Eiter zu bemerken. In der Basis des Gehirns findet sich eine trübe Flüssigkeit in abnormer Menge. Die Windungen des Gehirns sind abgeplattet und erscheinen breiter als im Normalzustand. Das ganze Gehirn ist geschwellt und drängt sich beim Durchschneiden der Hirnhäute vor. Es ist dabei bald intensiv hyperämisirt, zumal die graue Substanz, bald aber bleich und jedenfalls mürbe und missfärbig. Vornehmlich die Mitteltheile des Grosshirns (Fornix, Septum, Commissuren) sind in ausgezeichnetem Grade erweicht, so sehr, dass sie allen Zusammenhang verloren haben. Auch an andern Theilen finden sich nicht selten ausgezeichnete Erweichungen, sowie Stellen, in welchen ein Exsudat zwischen die Fasern des Gehirns eingelagert erscheint, und manche davon zeigen das Ansehen einer eiterigen Infiltration. Nur in Fällen, wo die universelle Encephalitis Folge einer hochgradigen Pyämie ist, finden sich aus-

gebildete multiple Eiter- und Jaucheherde. Die Ventrikel, deren Wandungen zuweilen mit Exsudat besezt sind, erfüllt eine trübe Flüssigkeit.

Zuweilen scheint, soweit man nach den Symptomen urtheilen kann, die als allgemeine Encephalitis beginnende Affection sich später in der Weise zu localisiren, dass, während die Veränderungen an einer Stelle zu einem weiteren Fortschritt gedeihen, an den andern der Process zum Erlöschen kommt. Auf diese Weise kann die Krankheit, die mit grosser Heftigkeit und Acuität begann, später lentesciren, und können nach kürzerem oder längerem Verlauf bald ausgebreitetere und namentlich nicht circumscripte Erweichungen, bald auch andere Störungen, welche der localen Encephalitis zukommen, oder auch multiple, aber disseminirte Exsudatabsezungen, Abscedirungen sich vorfinden, wobei dann im einen wie im andern Falle zuweilen an von diesen Herden entfernten Stellen des Gehirns oder der Hirnhäute Spuren eines abgelaufenen Exsudationsprocesses sich nachweisen lassen und die frühere Allgemeinheit der Affection ergeben.

B. Die Symptome der universellen Encephalitis sind nicht nur höchst vielfältig, weil die sämmtlichen Stellen des Organs erkrankt sind, sondern sie sind schwankend, weil der Beginn der Affection nicht nur vom ganzen Organ, sondern von jedem einzelnen Theile ausgehen und im weiteren Verlaufe die Entwiklungen der Störungen an den einzelnen Theilen in jedem Verhältniss zu einander stehen können.

Im Anfange der Erkrankung ist ein verbreiteter Kopfschmerz die gewöhnlichste Erscheinung; damit sehr häufig verbunden ist eine trübe Stimmung, Schlaflosigkeit, allgemeines Krankheitsgefühl, auffallende Veränderung des Antlizes und des Blikes, welcher bald matt, bald aufgeregt erscheint, Injection der Bulbi, verengte Pupille, rother heisser Kopf, starkes Pulsiren der Carotiden; auch Sausen in den Ohren, Funkensehen, widerliche Gerüche, complicirtere Hallucinationen, schwere Träume, Wahnideen, heftiges Schlafreden werden zuweilen beobachtet. Die Bewegungen sind entweder matt und eine tiefe Abgeschlagenheit ist von Anfang an zu bemerken, oder es zeigt sich eine grosse Muskelunruhe, oder es sind verbreitete krampfhafte Contracturen und epilepsieartige Convulsionen vorhanden. Zuweilen treten wiederholte Unmachten, zuweilen maniacalische Delirien gleich von Anfang ein, und Erbrechen, Appetitlosigkeit und Zungenbelege sind gleichfalls Erscheinungen der ersten Zeit.

In den mit geringfügigen Symptomen beginnenden Fällen hält ein mässiger Zustand, der noch keine bestimmte Diagnose zulässt, wobei jedoch troz der Allgemeinheit der Störungen das Vorwiegen der Erscheinungen vom Kopfe sich stets bemerklich macht, mehrere Tage an, steigert sich aber alsdann bald plözlich, bald allmälig zu demjenigen heftigen Complexe von Zufällen, welcher in andern selteneren Fällen schon von Beginn an besteht.

Der Kopfschmerz dauert in grösster Heftigkeit fort, solange als der Kranke das Bewusstsein behält, und selbst noch im heftigsten Delirium oder im Sopor verräth sich die Schmerzhaftigkeit durch automatische Bewegungen an den Schädel, durch Schreien, Jammern und Winseln. — Die Verwirrung der Ideen steigert sich zum furibunden Delirium, welches sofort und oft plözlich von einem tiefen Coma gefolgt ist. Die Krämpfe entwikeln sich bald mehr, bald stehen sie zurük; sie werden häufig tetanisch, mit einzelnen epileptischen Erschütterungen, oder sind sie nicht selten partiell und bestehen auch dort in der späteren Periode mehr in Starrheit

der Muskel, als in Convulsionen; besonders zeigen die Antlizmuskel, die Kiefermuskel, die Halsmuskel, einzelne Muskel an der Hand, die Wadenmuskel häufig eine mehr oder weniger anhaltende tonische Erstarrung. Zuweilen stellt sich auf einmal eine allgemeine oder partielle Lähmung her, je nachdem einzelne oder verbreitete Theile des Gehirns, von welchen die Bewegung abhängt, durch die Gewebsveränderungen (Erweichung) functionsunfähig geworden sind. Das Gesicht behält noch eine Zeitlang seine rothe Farbe und Turgescenz, wird aber später bleich und collabirt; der Stand der Bulbi schielend, starr und der Blik ohne Ausdruk. Die Zunge wird troken, der Stuhl hartnäkig verstopft und der Urin geht unwillkürlich ab. Mässige oder beträchtlichere Fieberhize begleitet diesen Zustand; der Puls, anfangs kräftig und ziemlich frequent, wird bald unregelmässig, intermittirend und tumultuarisch; die Respiration gegen das Ende hin frequent und aussezend.

In günstigen Fällen muss zeitig und ehe noch die Erkrankung bis zu ihrer vollen Heftigkeit ausgebrochen ist, eine Beruhigung eintreten, indem der Kranke in Schlaf verfällt, die spasmodischen Zufälle seltener und schwächer werden, das Fieber sich ermässigt und unter Wiederholung des Schlafes allmälig, jedoch langsam, die Herstellung sich vorbereitet.

Zuweilen kommt es vor, dass nach eingetretenem tiefem Coma und mehr oder weniger ausgebreiteter Paralyse neue maniacalische Ausbrüche und heftige Convulsionen oder tetanische Krämpfe sich einstellen und dass hiedurch der Zustand sich eine oder zwei Wochen in die Länge zieht.

Oder es entwikelt sich aus der alle Theile des Gehirns beeinträchtigenden Erkrankung allmälig eine mehr locale Störung, welche entweder rasch oder chronisch in der Art der partiellen Encephalitis verlaufen kann.

Oder endlich der Tod erfolgt unter zunehmendem Coma, wachsendem Collaps, bei verbreiteten Paralysen und unter Kaltwerden des mit Schweiss bedekten Körpers, bald ohne Hinzutreten weiterer Erscheinungen, bald durch Suffocation von Lungenödem und stokenden Sputis.

Es ist einleuchtend, dass diese Erscheinungen der universellen Encephalitis nicht genügend sind, die Diagnose zu verbürgen. In Fällen, welche mit Genesung enden — und diese scheinen bei zeitiger Anwendung energischer Therapie nicht die seltensten zu sein — ist es immer zweifelhaft, ob nicht eine Hirnreizung ohne anatomische Störungen oder eine Hyperämie des Gehirns bestanden hatte, und in der That ist es wahrscheinlich, dass bei solchem günstigem Ausgange nur in der rudimentärsten Weise sich Exsudationen gebildet haben konnten. Doch erlaubt das meist zu bemerkende Zurükbleiben von zwar mässigen, aber hartnäkigen Beschwerden, wie habituelles Kopfweh, Schwäche der Sinne, Schlaflosigkeit etc., und auch schon die sehr langsame Erholung einen zwar nicht sichern, aber doch annähernd sichern Schluss, dass den schweren Erscheinungen etwas mehr als blosse Hyperämie oder Irritation zu Grunde gelegen hatte. In denjenigen Fällen, wo die Affection mit Hinterbleiben eines localen Processes endet und durch denselben erst nach Monaten oder Jahren tödtlich werden kann, ist ebensowenig der stricte Beweis zu führen, dass der Beginn der Krankheit in einer wirklichen universellen Encephalitis bestand. Doch hat man auch hierbei, wie mir scheint, das Recht, aus den schweren und verbreiteten Initialsymptomen den Schluss zu ziehen, dass die Affection in ihrem Anfange eine ausgedehntere gewesen war, als es sich später und in ihrem Ablauf erweist. Wo endlich die Krankheit in raschem Decurs zum Tode führt und also der anatomische Nachweis der Diagnose am vollkommensten sein könnte, unterscheidet sie sich symptomatisch nicht von einer rapid verlaufenden Meningitis. — So geht aus dem Gesagten hervor, wie schwierig und oft unmöglich es ist, für Solche, welche zum Zweifeln geneigt sind, einen unwiderleglichen Beweis der Art

der bestandenen Krankheit zu führen, um so mehr, da selbst im Falle des Todes die ganz berechtigte Diagnose durch die vorgefundene Beschränkung der Störungen ein scheinbares Dementi erhalten kann. Auch sind alle Versuche (z. B. von Rostan, Forget u. A.), durch scharfe Criterien eine Differentialdiagnose der universellen Encephalitis von andern Erkrankungen festzustellen, ungenügend ausgefallen, weil eben in der Mehrzahl der Fälle nur eine Wahrscheinlichkeit für deren Annahme vorliegt und zu einer annähernden Sicherheit nur dann gelangt werden kann, wenn alle andern Arten der Störung den Umständen nach unwahrscheinlich sind. Indessen ist es in der That ohne practischen Werth, die universelle Encephalitis von gewissen andern Störungen, mit denen sie verwechselt werden kann, während des Lebens zu unterscheiden, namentlich von intensiver Hyperämie, von Meningitis oder von partieller Encephalitis, da in allen diesen Fällen das therapeutische Verfahren nicht wesentlich verschieden sein kann. Von Wichtigkeit ist es nur, Missgriffe zu vermeiden, welche durch das von ihnen abgeleitete Verfahren dem Kranken nachtheilig werden können; so namentlich die Verwechselung blosser Hirnreizung oder einer Intoxication mit Entzündung des Gesammthirns. Die Abwesenheit einer allerdings alle Symptome der Encephalitis zuweilen simulirenden Intoxication kann nur durch die sorgfältigste Anamnese hergestellt werden; die Hinreizung dagegen lässt sich in vielen Fällen dadurch von der acuten Entwiklung geweblicher Veränderungen im Gehirn unterscheiden, dass bei jener, wenn sie heftige Symptome macht, dieselben nicht in stätiger Entwiklung zur Ausbildung kommen, sondern dass sie einen weit rascheren Wechsel zwischen heftigen Exacerbationen und totalen Remissionen zeigen, oft sprungweise zu den höchsten Graden sich steigern und ebenso schnell ein erträglicher Zustand sich herstellt, ferner dadurch, dass die Umstände und Antecedentien der Erkrankung, die Art der leiblichen und geistigen Constitution des Individuums schon das Eintreten einer Hirnreizung ohne anatomische Störungen häufig wahrscheinlicher machen.

III. Therapie.

Sobald Erscheinungen vorhanden sind, welche die Möglichkeit der Entwiklung einer universellen Encephalitis begründen und die Gegenwart einer nervösen Hirnreizung ausschliessen oder doch unwahrscheinlich machen, ist ohne Zögerung und auch bei noch nicht ganz entschiedener Diagnose das Verfahren gegen intensive Hyperämie mit Energie einzuleiten: reichliche örtliche Blutentziehungen, Eisüberschläge, Entleerung des Darms durch Calomel und Clysmata, strenge Fieberdiät und Abhaltung jeglicher Reize der Sinne und des Gehirns; bei entsprechenden Individualitäten ist eine allgemeine Blutentziehung nicht zu versäumen. Dieses Verfahren kann fortgesezt werden über die ganze Dauer der Aufregung und selbst im Anfange des Sopors ist dasselbe nicht aufzugeben, wenn auch in solchem Falle Vorsicht in Beziehung auf reichliche örtliche Blutentziehungen rathsam wird. — Zeigen sich heftige Convulsionen oder tetanische Starrheit, so ist die Anwendung eines lauen Bades mit gleichzeitigem Eisüberschlage über den Kopf von Vortheil. Ist tiefer Sopor vorhanden und gelingt es nicht, diesen durch örtliche Blutentziehungen und kalte Ueberschläge zu beseitigen, so ist eine kalte Uebergiessung zuweilen nüzlich, welche auch in den Fällen vehementester Aufregung von günstiger Einwirkung sein kann.

Wird durch dieses Verfahren nicht in den ersten Tagen der Krankheit eine entschiedene Wendung herbeigeführt, so mindert sich die Wahrscheinlichkeit der Herstellung in hohem Grade und es tritt entweder nur eine symptomatische Hilfe gegen einzelne complicirende Erscheinungen, oder aber bei Verzögerung der Affection die Therapie der localen Encephalitis ein.

Die Behandlung der universellen Encephalitis unterscheidet sich nicht wesentlich von der einer intensiven Hyperämie oder einer acuten diffusen Meningitis; doch muss sie, wenn man erstere Krankheit vermuthet, ungleich energischer sein, und es ist Grund vorhanden zu der Annahme, dass sie auch erfolgreicher sei, als wenigstens die Behandlung der Meningitis. In der That ist in solchen Fällen durch Zuwarten und durch Verzögerung energischer Eingriffe bis zur Sicherstellung der Diagnose mehr Nachtheil zu befürchten, als jemals eine energische Therapie, wenn sie auch übereilt in einem wenig dringenden Falle angewandt würde, Gefahr bringen kann.

2. Exsudate in der Hirnsubstanz.

a. *Entzündung der Hirnrinde (corticale Encephalitis, peripherische Encephalitis).*

I. Die Hirnrinde nimmt sehr häufig Antheil an der Entzündung der Pia, ist aber in solchen Fällen meist nur in untergeordneter Weise afficirt. Sie kann aber auch spontan und isolirt von Entzündung befallen werden. Die Ursachen einer solchen Erkrankung sind in vielen Fällen nicht deutlich. Zuweilen bemerkt man sie nach vorausgegangener psychischer Gedrüktheit, nach längeren Trübsalen und nach übermässigen geistigen Anstrengungen. Es hat den Anschein, dass zuweilen das Onaniren einen Einfluss auf Entstehung dieser Erkrankung habe; in andern Fällen sind jedoch gar keine wesentlichen oder mitwirkenden causalen Momente aufzufinden.

II. Die Affection zeigt sich vornehmlich auf der Convexität des Gehirns und ist daselbst bald in grosser Ausdehnung über eine oder selbst beide Hemisphären verbreitet, bald nur stellenweise zu bemerken. — Die Hirnrinde ist an der erkrankten Stelle in frischen Fällen geschwollen, schmuzigroth, mürbe, gelokert, einzelne Schichten oder Punkte von Exsudat sind zwischen ihr bemerklich; kleinere oder grössere Partikeln der Corticalsubstanz bleiben beim Abziehen der zarten Hirnhäute an der Pia hängen. — Die Affection endet:

1) in acuter Weise, wie fast ohne Ausnahme in Fällen, wo die Entzündung ausgebreitet ist,

mit Erweichung der Hirnrinde,

mit kleinen Abscedirungen in derselben;

2) in chronischer Weise, vornehmlich bei partiellen corticalen Encephaliten, endet der Process unter Verwachsung der Pia mit der Hirnoberfläche: mit Atrophie und Erbleichung der Gyri und im weiteren Verlaufe mit einem über das Gesammthirn sich ausbreitenden Schwunde,

mit schwieliger Verdichtung einzelner Windungen.

Ob eine Herstellung der Integrität nach der Entzündung der Corticalsubstanz möglich ist, lässt sich nicht erweisen.

Ihrer Natur nach noch zweifelhaft sind die von Durand-Fardel als ein Ausgang der chronischen Entzündung der Hirnrinde angegebenen gelben Platten der Windungen, d. h. unregelmässige, zuweilen beinahe runde, zuweilen verlängerte und nach der Richtung der Windungsvertiefungen sich hinziehende Fleken, welche selten eine geringere Ausdehnung als die eines Ein- bis Zweifrankenstükes haben, die Stelle von mehreren Windungen einnehmen können, wobei diese durch eine abgeplattete oder hökerige, selten vertiefte Oberfläche ersezt werden. Sie fühlen sich weich an, sind aber zäh und lassen keine bestimmten Fasern an sich erkennen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass dieselben, wenn auch möglicher Weise als

Reste einer Entzündung, doch auch und vorzüglich als Folgen eines Extravasats vorkommen.

Die Erscheinungen, obwohl nach der Art des Auftretens der Entzündung der Corticalsubstanz verschieden, bestehen in einer mehr oder weniger schweren Alteration und Beschränkung der psychischen Functionen.

Wenn die Erkrankung der Corticalsubstanz zu einer Meningitis hinzutritt, so fallen die Symptome mit denen der lezteren Erkrankung vollkommen zusammen und ist nicht zu entscheiden, ob die Störung der Intelligenz nur vom Druke des Exsudats der Pia auf die Hirnrinde, oder von einer substantiellen Erkrankung der lezteren herrührt.

Wenn eine allgemeine oder ausgebreitete Entzündung der Corticalsubstanz besteht, welche rasch zur Erweichung oder Eiterdurchtränkung führt, so zeigt sich ein Versinken in stumpfsinnige Melancholie, zuweilen unter Vorausgehen von einzelnen maniacalischen Ausbrüchen oder unterbrochen von solchen, sowie von Krämpfen, aber bald übergehend in acuten Blödsinn, in welchem nach wenigen Tagen oder Wochen der Tod erfolgt.

Wenn eine mehr partielle Affection der Corticalsubstanz besteht und wenn dieselbe namentlich einen lentescirenden Verlauf nimmt und mit Verwachsung der Hirnhäute, mit Atrophie oder schwieliger Verdichtung der Rinde endet, so ist bald ein melancholischer Zustand, bald und vorzüglich Verrüktheit und partielles Delirium zu bemerken, woran sich mit Sicherheit, jedoch bald langsamer, bald etwas rascher ein blödsinniger Zustand schliesst. Auch kommen nicht selten Krämpfe in dem Verlaufe der Krankheit vor, sowie beim Uebergreifen der secundären Atrophie auf weitere Gehirntheile Lähmungen entstehen können.

III. Die Therapie der acuten corticalen Encephalitis unterscheidet sich nur darin von der der acuten Entzündung der Pia, dass sie bei der Neigung zu lentesciren nur im ersten Anfang stark entziehende Mittel (Blutegel in reichlicher Menge, Drastica) zulässt, vielmehr später den Gebrauch von Gegenreizen auf den Kopf (Vesicatore, Brechweinsteinsalbe etc.) verlangt.

Die chronische Form lässt keine andere Behandlung zu, als diejenige, welche die chronische psychische Verwirrung erfordert.

b. Allgemeine Entzündung der Marksubstanz.

Das Vorkommen einer allgemeinen Entzündung der Marksubstanz des Gehirns ohne gleichzeitige Meningitis ist zweifelhaft. Wenigstens sind keine genauen Beobachtungen vorhanden, welche eine über die ganze Marksubstanz verbreitete Störung von entschieden exsudativem Character nachgewiesen hätten. Dagegen sind vielleicht hieher zu rechnen:

1) Einzelne Fälle von allgemeiner Erweichung der Gehirnsubstanz, welche freilich auch von Oedem abhängen können und bei welchen die Natur der Störungen des Einzelfalls sich nicht nach fremden Beobachtungen, zumal wenn keine microscopische Untersuchung vorgenommen wurde, abschäzen lässt.

2) Die Fälle von allgemeiner Induration oder Cirrhose des Gehirns, welche jedoch nicht überall einem entzündlichen Exsudativprocesse zugeschrieben werden darf. Man findet das Gehirn und vornehmlich seine weisse Substanz im Zustande allseitiger grosser Zähigkeit, dabei elastischer als im Normalzustande und zugleich blutarmer. Das Gewicht des Gehirns ist bald normal, bald vermindert, bald erhöht (3—4½ Pfund). — Die Symptome dieses Zustandes sind bei der Zweifelhaftigkeit vieler Beobachtungen nicht mit Sicherheit anzugeben: Kopfschmerz, Unruhe, Schlaflosigkeit, Delirium, blödsinnige Zerrüttung sind zusammenfallend mit dieser Hirncirrhose

wahrgenommen worden. — Ueber Heilbarkeit lässt sich bei der Unmöglichkeit einer Diagnose nicht urtheilen.

Man hat diesen Zustand bei Affectionen gefunden, bei welchen die Annahme einer diffusen Entzündung der weissen Substanz nicht wahrscheinlich ist: so bei Bleivergiftung, bei Greisen und vornehmlich häufig beim typhösen Fieber; aber auch unter andern Umständen, namentlich bei Wahnsinnigen, Hydrophobischen, beim Delirium tremens, bei der Puerperalmanie und der Eclampsie der Wöchnerinnen, bei der Epilepsie, beim Blödsinn sind derartige Beobachtungen gemacht worden. Albers gibt an, dass man unter dem Microscop zwischen den Hirnganglien und Hirnfasern zahlreiche amorphe Körner und Fett finde. Die Annahme einer Atrophie, welche nach diesem microscopischen Resultate nahe liegt, ist wenigstens in vielen Fällen nicht zulässig, weil das Gehirn ein nicht nur normales, sondern selbst ein abnorm grosses Volumen zeigt. — Vergl. vornehmlich Bouillaud (Arch. gén. A. VIII. 477), der zuerst eine grössere Anzahl von Fällen von Hirninduration mitgetheilt und sie als Wirkung einer allgemeinen acuten Encephalitis bezeichnet hat, und Albers (Froriep's Tagesber. Nro. 634).

c. *Die partielle Encephalitis.*

Abgesehen von dem Hirnabscess, welcher schon seit längerer Zeit die Aufmerksamkeit der chirurgischen Beobachter erregt hatte, wurde die partielle Encephalitis vornehmlich durch die Arbeiten Lallemand's und Bouillaud's bekannt, welche dem Begriff der Krankheit mit Recht eine weitere Ausdehnung gaben und gewisse Formen der Erweichung und Verhärtung des Gehirns dazu rechneten. An diese Arbeiten schliessen sich besonders die von Calmeil (im Dict. de méd.) und von Cruveilhier (in dessen pathologisch-anatomischem Werke) an. Die psychiatrischen Mittheilungen enthalten zahlreiche Beiträge zur Kenntniss dieser Affection. In neuerer Zeit haben besonders Gluge (Abhandlungen zur Physiologie und Pathologie 1841: vornehmlich wichtig in Betreff der Untersuchungen über die Erweichung pag. 17); H. Bennett (Edinb. med. and surg. Journal 1842—43), Durand-Fardel (in seinem Werke über Hirnerweichung. Uebers. von Eisenmann 1844) und Rokitansky Aufklärungen über den Process gegeben.

I. Aetiologie.

Die partielle Encephalitis ist unendlich häufiger als die diffuse. Sie ist entweder eine primäre Erkrankung, die am häufigsten durch äussere mechanische Einwirkungen (Stösse, Fracturen der Schädelknochen, eingedrungene fremde Körper), doch auch zuweilen ohne bekannte Ursache sich spontan ausbildet. Oder sie entsteht secundär, und zwar in seltenen Fällen aus einer diffusen Encephalitis, häufig dagegen im Umkreis von hämorrhagischen Infarcirungen und von hämorrhagischen Herden, von Geschwülsten, in der Nachbarschaft von Knochenvereiterungen, zuweilen bei pyämischen und exanthematischen Processen.

Als Ursachen partieller Encephalitis erscheinen oft höchst unbedeutende Einwirkungen, z. B. ein mässiger Stoss oder Fall auf den Kopf, eine Erschütterung des ganzen Körpers, und zwar schliessen sich sehr häufig die Symptome der Erkrankung nicht ohne Weiteres an das schädliche Ereigniss an, entwikeln sich erst im Verlaufe von Wochen, Monaten, selbst Jahren. Freilich kann bei so später Ausbildung der Entzündung Zweifel über den Zusammenhang derselben mit der früheren Einwirkung entstehen und die Encephalitis für eine spontan entstandene ausgegeben werden. In der That aber kommen Fälle gar nicht selten vor, wo der Zusammenhang selbst nach einem längeren Intervall kaum abzuläugnen ist, und hiezu kommt noch, dass auch in den Fällen, wo fremde Körper in das Gehirn eingedrungen sind, wo also eine entschiedene und palpable Ursache fortbesteht, nicht selten die Entzündung erst geraume Zeit danach Symptome gibt. Es bleibt immer zweifelhaft, was in solchen Fällen einer langsamen Entwiklung der partiellen Encephalitis in den ersten Perioden der Störung im Gehirn vor sich geht, und es ist denkbar, dass bei der Entstehung der Entzündung nach einem Stosse oder einer Erschütterung ein capillärer Bluterguss der Einleitungsprocess der Inflammation sei. Und dass wirklich

hämmorrhagische Infarcirung in Entzündung mit Eiterbildung übergehen könne, ist durch die evidentesten Beispiele erwiesen. — Neben den durch traumatische Ursachen entstandenen partiellen Encephaliten sind die häufigsten diejenigen, welche um einen andern Krankheitsherd im Gehirn selbst oder in den Schädelknochen sich ausbilden, und welche theils nur den Character der abschliessenden und reactiven Entzündung haben, theils als topische Weiterverbreitung der Erkrankung angesehen werden müssen. Es ist dabei bemerkenswerth, dass manche Neubildungen im Gehirn, vornehmlich die gutartigen Tumoren, eine höchst unerhebliche reactive Entzündung in der Hirnsubstanz herbeiführen und noch viel seltener eine ausgebreitete Hirnentzündung zur Folge haben, während um hämorrhagische Herde, um Tuberkel und auch um Krebse sehr oft ein beträchtlicher Hof topischer Entzündung zu bestehen pflegt. — In manchen Fällen lässt sich für das Entstehen einer partiellen Hirnentzündung weder eine äussere, noch eine innere Ursache auffinden. Doch sind das meistens Individuen, welche entweder den Zustand vorgeschrittener seniler Geistesschwäche zeigen, oder deren psychische Functionen niemals eine genügende Ausbildung erreicht haben, oder kleine Kinder: unter solchen Verhältnissen ist die scheinbare Abwesenheit der Ursachen vielleicht nichts als ein Uebersehen stattgehabter Einwirkungen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass locale Entzündungen, welche ohne nachweisbare Ursachen zumal bei Greisen und cachectischen Individuen entstehen, durch Verstopfung kleiner Venen in Folge spontaner Gerinnung des Blutes daselbst zustandekommen.

II. Pathologie.

A. Die partielle Encephalitis kann an jeder Stelle des Gehirns, in der grauen und in der weissen Substanz, im grossen, wie im kleinen Hirn vorkommen, bald nur einen, bald mehrere Herde zeigen, bald auf eine sehr kleine bis erbsengrosse Stelle beschränkt sein, bald eine ganze Hemisphäre consumiren.

Die relative Häufigkeit des Vorkommens nach dem verschiedenen Size lässt sich darum nicht festsezen, weil die geringsten Spuren beschränkter Entzündung meist gar nicht beachtet werden und daher nicht in Rechnung kommen können. Doch ist soviel gewiss, dass die partielle Encephalitis häufiger im Grosshirn, als im Kleinhirn ist, häufiger in den äusseren Lagen der Marksubstanz, als in der Nähe des Mittelhirns sich zeigt, dass in der grauen Substanz häufiger die niederen Grade oder die Obsolescenz, in der weissen vornehmlich grössere Erweichungen und Abscesse beobachtet werden.

Die partielle Encephalitis entspricht in ihren wesentlichen anatomischen Verhältnissen den entzündlichen Infiltrationsprocessen anderer parenchymatöser Organe.

Wie bei diesen, so ist auch bei der localen Encephalitis der Process eingeleitet durch eine Hyperämie mit partiellen Rupturen der Capillarien und besteht in einem Austreten von Blutflüssigkeit in verschiedener Zusammensezung, mehr oder weniger gemischt mit den in dem zerrissenen Gefässe enthaltenen Blutkörperchen. Auch hier hängt das Schiksal des infiltrirten Exsudats und der Gewebssubstanz, welche ihm zum Lager dient, zum Theil ab von der ursprünglichen Mischung des Ausgetretenen, das bald concentrirter plastisch, bald mehr wässerig durchfeuchtet, bald hämorrhagisch und dem Extravasate sich nähernd und entweder zur Organisation oder zum eiterigen Zerfallen geneigt ist. Die Zartheit der Hirnsubstanz und ihre Disposition zur Auflösung bei Gegenwart einer flüssigen Tränkung bedingt es, dass in diesem Organe der Process überwiegend häufig in der Form der Erweichung sich zeigt. Doch sind auch alle andern Modificationen der Entzündung, welche parenchymatöse Gewebe darbieten können, möglich. Nur ist die Verjauchung des Exsudats hier ungleich seltener als in andern Organen, da die partielle Encephalitis sich weniger als Entzündungen anderer Theile im Gefolge von putrider Infection entwikelt und da bei der Abwesenheit des Luftzutrittes spontane Verjauchungen wegfallen.

Die mannigfaltigen Gestaltungen des partiellen Entzündungsherdes im Gehirn lassen sich unter folgenden, jedoch nicht streng zu scheidenden, vielmehr mannigfaltige Uebergänge zeigenden Formen betrachten:

1) In einer frühen Periode stellt sich die Stelle als ein mehr oder weniger hyperämischer, heller oder dunkler gerötheter, mit einzelnen dunkleren Punkten durch Blutaustritte versehener und hiedurch, sowie durch sparsame Einlagerungen geschwellter Herd dar, welcher sich zwar derb anfühlt, aber mürb und brüchig ist, bei grösserem Umfange die übrige Hirnsubstanz vor sich herdrängt, dadurch die Ventrikel verengt, die Gyri der Hemisphären abplattet und das Gesammthirn blutleer machen kann. Dieser Zustand kann ohne Zweifel vollständig oder annähernd heilen. Bei Fortgang des Processes ändert sich nicht nur die Farbe ins Schmuzige, Rostbraune, Hefengelbe, zuweilen Mattgrauweisse, sondern die Consistenz nimmt ab, die Gewebsfasern der Nervensubstanz finden sich unter dem Exsudat mehr oder weniger destruirt und in einen zusammenhanglosen Detritus verwandelt und neue Veränderungen schliessen sich an, bald unmittelbar, bald in successiver Aufeinanderfolge, namentlich:

Erweichung des Herdes;

Entstehung eines apoplectischen Ergusses durch Consumtion von Gefässen, wobei jener bald nur einen Theil der erweichten Stelle einnimmt, bald die ganze zuvor erkrankte Partie aufwühlt und an seine Stelle tritt;

Eiterung und Bildung eines Abscesses durch fortschreitende Schmelzung und Umwandlung des Exsudats in Eiterkörperchen;

Cellularinfiltration;

Sclerosirung nach Resorption des Exsudats (Hirnschwiele);

Verfettung und Atrophie der Stelle.

Es kann aber auch die Entzündung auf weitere Theile sich ausbreiten, und nicht selten bemerkt man an einem Herde verschiedene Stufen und Grade des Processes. Sie kann bei der Ausbreitung auch die Ventrikelwandungen und die Häute erreichen, in welchem Falle in diesen Theilen die ihnen eigenthümlichen Absezungen erfolgen.

Bennett hat darauf aufmerksam gemacht, dass nicht nur bei vorhandener Hyperämie einzelner Stellen oder bei der Gegenwart andersartiger Veränderungen, wie Apoplexie, zuweilen die Betrachtung mit blossem Auge keine Exsudationsproducte an der kranken Stelle wahrnehmen lasse, während durch das Microscop Exsudatkörperchen in mehr oder weniger grosser Menge sich vorfinden; sondern dass auch in Fällen, wo die Beobachtung mit blossem Ange eine vollkommene Integrität des Gehirns zu ergeben scheine, die deutlichen Spuren von Entzündung, nämlich Exsudatkörperchen, welche die Capillargefässe besezen und überziehen, zuweilen im Gehirn gefunden werden, und dass eben dadurch in Fällen, in welchen die Krankheitserscheinungen bei oberflächlicher Betrachtung des Gehirns unerklärlich seien, die microscopische Untersuchung über sie Rechenschaft zu geben vermöge.

Eine vollkommene Zertheilung der begonnenen Exsudation mit Herstellung der Integrität der Stelle kann ohne Zweifel nur in den Fällen stattfinden, in welchen der Process nur die ersten Anfänge erreicht hat und die Nervensubstanz selbst durch das Ergossene nicht oder doch wenigstens nur sehr spärlich erdrükt und zertrümmert ist. Ein sicherer Beweis für eine solche Wiederausgleichung der Störung ist begreiflich nicht zu führen, obwohl zuweilen Erscheinungen während des Lebens von solcher Art vorhanden sind and sich wieder vollständig heben, dass eine derartige Heilung nicht zurükgewiesen werden kann. Auch können hieher die Fälle gezogen werden, welche, obwohl sie keine vollkommene Herstellung der Integrität darbieten, doch in ihrem Effecte und auch in ihrem anatomischen Verhalten sich der completen Heilung nähern, nämlich solche, wo nach vorausgegangenen Erscheinungen einer localen Encephalitis und nach Verschwinden dieser Symptome später eine oder mehrere Stellen im Gehirn eine ungewöhnlich gelbliche und mattgraue Farbe zeigen, auch wohl einen geringfügigen Schwund (eine mässige Depression an den Gyri, eine Verschmälerung einer Hirnwindung u. dergl.) bemerken lassen.

Die weiteren Folgen der begonnenen Entzündung sind theils selbst als Formen dieses Processes anzusehen, theils, wie die Apoplexie, stellen sie andersartige und daher auch anderwärts zu betrachtende Erkrankungsmodalitäten dar.

2) Erweichung des Herdes ist das gewöhnlichste nächste Resultat einer intensiveren Localentzündung des Organs. Sie schliesst sich unmittelbar an die abnorme Brüchigkeit an und stellt nur deren höhere Grade dar, indem dabei die Cohäsion der Theile mehr oder weniger allseitig aufgehoben ist. Sie kann sowohl acut als chronisch sich ausbilden. Im ersteren Fall zeigt die Stelle entweder noch einen reichlichen Gehalt an Blutkörperchen und daher eine verschieden nuancirte rothe Farbe, oder die Blutkörperchen sind grossentheils geschwunden; die Stelle ist eiterig infiltrirt und zeigt eine schmuzigweissliche oder gelbliche Farbe. Wenn die Erweichung sich in chronischer Weise einstellt, so ist die Stelle in einen bleichen Brei verwandelt, in welchem, jedoch höchst selten, eine purulente Infiltration zu bemerken ist, sondern nur eine rahmige Flüssigkeit sich vorfindet, welche den Detritus der Nervensubstanz erhält. — Die Formen der acuten und der chronischen Erweichung können sich neben einander finden, indem im Umkreis einer chronisch erweichten Stelle eine spätere und daher noch im acuten Zustande sich vorfindliche Entzündung hinzutritt. — Welche Ausgänge die Erweichung des Gehirns zu nehmen vermöge, lässt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden, da ein vollgiltiger Beweis für die Anwesenheit einer entzündlichen Erweichung nur durch die Necroscopie zu führen ist; doch ist zu vermuthen, dass kleine erweichte Stellen eine Heilung unter Schrumpfung und secundärer Atrophie des Theils zulassen.

Die entzündliche Erweichung wird häufig auch als rothe Erweichung bezeichnet. Indessen zeigt einerseits die in Folge von hämorrhagischer Infarcirung entstehende Consistenzverminderung des Gehirns gleichfalls meist eine rothe Farbe und es ist der leztere Zustand zwar bei reiner Ausbildung an der Abwesenheit der Entzündungsproducte wenigstens mittelst des Microscops von der entzündlichen Erweichung zu unterscheiden. Da jedoch im weiteren Verlaufe an das Blutextravasat ein Exsudativprocess in jeglicher Proportion sich anschliessen kann, so fällt eine practische Grenze zwischen beiden Arten der rothen Erweichung weg. Andererseits aber ist die entzündlich erweichte Stelle auch durchaus nicht immer von rother Farbe, vielmehr oft von gelblicher oder weisslicher, wenn nämlich die Blutkörperchen an der Stelle von Haus aus sparsam oder nachträglich verschwunden sind und die Infiltration mehr eine eiterige ist. Diese entzündliche gelbe Erweichung ist jedoch nicht mit dem zu verwechseln, was man kurzweg als gelbe Erweichung zu bezeichnen pflegt, — ein Zustand, welcher nicht auf Exsudation beruht. S. später.

Eine strenge Abgrenzung der entzündlichen Erweichung von andersartiger lässt sich überhaupt weder practisch, noch principiell durchführen, indem auch bei der ödematösen und hydrocephalischen Erweichung eine mässige Beimischung von geformten Exsudattheilen ebensogut vorkommen kann, als diess bei Oedemen und serösen Ergüssen irgend eines andern Theils stattzufinden pflegt, und ebenso ist bei der als Mortificationsprocess anzusehenden gelben Erweichung die Abwesenheit jeder Exsudation nicht unbedingt nöthig.

Die Entscheidung über die Ausgänge der Erweichung darf, wie bei allen den Processen, welche sich der directen Beobachtung entziehen, niemals Sicherheit beanspruchen. Indessen findet man zuweilen Fälle und hat namentlich Durand-Fardel eine Anzahl von solchen bekannt gemacht, bei welchen eine Heilung der erweichten Stellen bald unter Zurükbleiben eines einfachen Substanzverlustes im Gehirn, bald unter Herstellung einer localen Verhärtung als sehr wahrscheinlich angenommen werden muss (deutsche Uebers. 305—325).

3) Der Abscess kann an den meisten Stellen des Gehirns vorkommen. Am häufigsten ist er in dem Marklager der grossen Hemisphären, bald mehr gegen die Oberfläche, bald mehr gegen die Ventrikel hin gelagert, in

manchen Fällen vornehmlich die vorderen Lappen oder die mittleren oder die hinteren zerstörend. Er kann bei diesem Size eine solche Ausdehnung erreichen, dass fast eine ganze Hemisphäre dadurch consumirt ist; in der Mehrzahl der Fälle aber findet er sich bei der Leichenöffnung von der Grösse einer Wallnuss bis zu der eines Apfels. Auch im Kleinhirn kommt der Abscess nicht selten vor und kann einen grossen Theil des Organs zerstören, doch sind die Kleinhirnabscesse im Allgemeinen von geringerem Umfang als die im Grosshirn. In den Mitteltheilen des Gehirns finden sich nur selten und nur sehr kleine Abscesse. — Entweder ist, wie gewöhnlich, nur ein einziger Abscess, oder sind zwei, drei oder mehrere im Gehirn vorhanden, und zwar im lezteren Falle bald beschränkt auf eine Hälfte des Gehirns, bald in beiden zumal.

Der Hirnabscess entsteht

entweder auf dem Wege der Erweichung, indem in dem Exsudate Eiterkörperchen gebildet werden und nach einiger Zeit der plastisch-blutige Inhalt der Stelle sammt dem Hirndetritus in Eiter übergeht,

oder durch Zusammenfliessen von disseminirten Eiterpunkten bei metastatischen Hirnentzündungen, in welchem Falle die Erkrankung an vielen Stellen rükgängig werden kann, während sie an einer oder an wenig zahlreichen bis zur Abscessbildung gedeiht.

Der frische Abscess stellt sich als ein unregelmässig rundlicher Herd mit zerfezten, eiterig infiltrirten und zum Theil in rother Erweichung begriffenen Wandungen dar; die Flüssigkeit ist dik, meist von grünlicher Farbe, oft geruchlos, zuweilen von phosphorartigem oder höchst stinkendem Geruch. Im weiteren Verlaufe breitet sich die Abscedirung langsamer oder schneller aus: im lezteren Falle, indem immer aufs Neue erweichte Stellen des Umkreises eiterig schmelzen und ihren Inhalt mit dem Gesammtabscesse vereinigen, wodurch dieser eine unregelmässige sinuöse Form annimmt; bei langsamer Ausbreitung und noch mehr wenn der Abscess stationär bleibt, glätten sich die Wandungen und bildet sich eine derbe Kapsel um den Abscess, der meist ziemlich rund bleibt und nur auf geringe Streken von abnormer, schwielig entarteter Hirnsubstanz umgeben ist.

Der Abscess, vornehmlich der eingebalgte, kann allmälig eindiken. Massen von honigartiger oder noch dikerer Consistenz liegen allein oder neben dünnerem Eiter in dem Herde; dieser verkleinert sich, schrumpft, nimmt zuweilen ein tuberculöses Ansehen an und kann schliesslich unter theilweiser Verkalkung des Restes veröden und mit einer Art von Narbe heilen.

In andern Fällen nimmt der Eiter ein jauchiges Aussehen und einen penetrant fötiden Geruch an, während die Nachbartheile sich in dem Zustand der Erweichung und Auflösung befinden.

Oder es können in der Nachbarschaft neue Entzündungen der Hirnsubstanz, Oedeme, gelbe Erweichung auftreten und dadurch ein tödtliches Ende herbeigeführt werden.

Oder der Eiter dringt bis zu den Ventrikeln und ergiesst sich in diese, womit ein schnelles tödtliches Ende eintritt.

Oder beim Vorschreiten gegen die Hirnrinde werden die Hirnhäute afficirt, und der Tod durch eine Meningitis herbeigeführt.

Es kann endlich der Abscess unter allmäliger Consumtion der Hirn-

substanz und der Hirnhäute den Knochen erreichen, Caries hervorrufen und selbst nach aussen, zumal durch den Gehörgang oder die Lamina cribrosa sich ergiessen.

In vielen Fällen, vielleicht in der Mehrzahl der Beobachtungen, geht der Abscedirung im Gehirn eine Verlezung voran; doch ist diese häufig von so unbeträchtlicher Art, dass sie leicht übersehen werden kann, und um so mehr, da der Abscess oft eine sehr allmälige Ausbildung zeigt und erst spät zu Symptomen gelangen kann, ist es denkbar, dass die ursprünglich traumatische Veranlassung zu der Störung übersehen und vergessen wird.

Die Hirnabscesse kommen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle im mittleren Lebensalter vor; doch sind auch einzelne Fälle von Abscedirungen bei Kindern, ja selbst bei Neugeborenen (Kiwisch. In Schmidt's Jahrbb. XXVIII. 86 aus Oestr. med. Jahrbb. XX. 4), andererseits einige Beobachtungen von solchen Affectionen bei Greisen vorhanden.

Das Vorkommen der Abscedirungen im Grosshirn ist weit überwiegend über das im Kleinhirn. Auf 63 brauchbare Fälle, welche ich von Grosshirnabscessen in der Casuistik gefunden habe, kamen nur 13 von Abscedirungen im Kleinhirn. Der Siz, an welchem sich der Abscess entwikelte, entsprach bei traumatischen Ursachen zuweilen, aber nicht immer der Stelle, auf welche die Schädlichkeit eingewirkt hatte. In 68 Fällen war nur ein einziger Abscess, in den übrigen waren zwei oder mehrere vorhanden. Die meisten Fälle solitärer Abscesse befanden sich im Centrum der Hemisphären (26), bald mehr der Oberfläche sich nähernd und diese selbst erreichend, wie namentlich bei vorhandenen groben Verlezungen des Schädels, bald mehr nach den Ventrikeln, bald mehr nach den Hinter- oder Vorderlappen sich ausbreitend. Viermal war eine ganze Hemisphäre oder doch nahezu eiterig zerstört. Nach dem Centrum der Hemisphären kamen die Abscesse annähernd gleich häufig im vorderen Lappen (10mal), im Mittellappen (8mal, — meistens von Erkrankungen des Felsenbeins ihren Ursprung nehmend), im Hinterlappen (8mal) vor.

4) Die Cellularinfiltration ist eine andere Art der Umwandlung der Erweichung, welche sich vornehmlich bei sehr chronischem Vorgange und namentlich in gemischten Hirntheilen, wie im Corpus striatum, einstellt. Eine bald noch trübe, weissliche, kalkmilchartige, zuweilen mit Floken gemischte, bald auch geklärte Flüssigkeit ist in ein zartes oder derbes, fächeriges, von Strängen und Scheidewänden gebildetes Gewebe (gleichsam das Zellenscelett der Gehirnstelle) eingeschlossen, die Nervenfasern sind daselbst geschwunden, oder es sind nur ihre staubartigen Trümmer in dem das Nezwerk erfüllenden Fluidum vorhanden; Gefässe, in der Regel von grossem Caliber, sind in dem Stroma zuweilen zu bemerken. Eine mehr oder weniger ausgedehnte Schichte erweichter Gehirnsubstanz bildet um den Herd eine mehr oder weniger abschliessende Umgebung; doch grenzt er zuweilen auch an unveränderte Gehirnsubstanz. Es ist wahrscheinlich, dass hieraus mit Serum gefüllte Cysten als Ausgang der Affection entstehen können.

Die Cellularinfiltration, auf welche zuerst Durand-Fardel die Aufmerksamkeit gelenkt hat, kommt fast nur bei sehr betagten Individuen vor und scheint ein durch das Alter modificirter Ausgangsprocess der localen Entzündung des Hirnmarks zu sein, wobei nach einer substanzarmen Infiltration sofort ein Untergang und Schwund des Hirnmarks erfolgt und nur das Zellengerüst des Parenchyms ausgefüllt mit einer trüben Flüssigkeit zurückbleibt. Die Umgebung einer solchen Störung zeigt zwar die Erscheinungen einer entzündlichen breiigen Erweichung, doch ist auch diese meist bleich, gelblich, niemals lebhaft roth. Grenzt die Cellularinfiltration bis an die Corticalsubstanz, so findet man diese geschwunden.

5) Die Sclerosirung kann entweder aus einer mässig erweichten Stelle nach Resorption der flüssigen Bestandtheile entstehen oder vielleicht auch bei sehr schleichendem und mässigem Processe gewissermaassen primär sich einstellen. Eine allseitige Sclerose des Entzündungsherdes kommt nur

bei wenig intensiven Graden der Affection oder als lezter Ausgang des soweit als möglich abgeheilten Processes (callöse Gehirnnarbe) vor, während theilweise schwielige Entartungen bei allen sich in die Länge ziehenden Localentzündungen des Gehirns sich finden. Die sclerosirte Stelle zeigt eine mehr oder weniger grosse Derbheit bis zur knorpelartigen Härte, gänzlichen oder theilweisen Untergang der Hirnfasern und bald Gefässarmuth, bald einzelne varicöse Gefässramificationen in der Hirnmasse selbst oder in der benachbarten Pia.

Die Schwiele erscheint in manchen Fällen als Volumsvermehrung, wohl hauptsächlich in denjenigen, wo sie sich primär hergestellt hat und nicht lange besteht; meist aber ersezt das Volumen der Schwiele nur unvollständig die früher an ihrer Stelle befindliche Hirnsubstanz und bildet dadurch eine mehr oder weniger beträchtliche Einziehung.

6) Fettdurchdringung einzelner Stellen des Gehirns ist gleichfalls zuweilen bei alten oder geisteskranken Individuen beobachtet und scheint eine Modification des Ausganges in Atrophie zu sein.

Zu diesen Veränderungen, welche der partiellen Entzündung des Gehirns angehören, gesellen sich in vielen Fällen weitere Störungen in den Häuten, in den Ventrikeln, in den andern benachbarten Theilen, namentlich beschränkte oder mehr oder weniger ausgebreitete Meningiten, seröse oder eiterige Ergüsse in die Ventrikel und Caries des Schädels. Ebenso tritt ein consecutives Gehirnödem nicht selten schliesslich hinzu, und diese secundären Verhältnisse sind es, welche viel häufiger als die Encephalitis selbst den Tod herbeiführen.

B. Symptome.

1) Die partielle Entzündung des Gehirns kann vollkommen symptomlos sein, entweder eine beliebige Zeit lang, in der Weise, dass erst nach mehr oder weniger langem Bestehen der anatomischen Veränderungen sich Symptome dazu gesellen, oder aber bis zum Tode, sei es dass dieser durch eine Catastrophe im Gehirn selbst (Einbruch eines Abscesses in die Ventrikel, Apoplexie, Meningitis, welche leztere Affectionen sodann fälschlich als primäre erscheinen), oder durch eine beliebige andere Erkrankung herbeigeführt wird.

2) Das erste Stadium der localen Hirnentzündung hat, wenn es überhaupt Symptome hervorruft, nur solche zur Folge, welche noch keine bestimmte Diagnose, wohl aber eine Vermuthung über die sich entwikelnde Affection zulassen, um so mehr, wenn Umstände vorausgegangen sind, welche deren Eintreten befürchten lassen (Verlezungen wenn auch noch so mässigen Grades): vor Allem Kopfschmerz, gewöhnlich sehr intensiver und anhaltender Art, Reizbarkeit des Gemüthes, Schwindel, Neigung zu Unmachten, Schläfrigkeit oder gestörten Schlaf, Schwere in den Gliedern, Störungen der höheren Sinne. Diese Zufälle sind nicht jedesmal vereinigt und zeigen zuweilen Remissionen oder selbst ein vollständiges Aussezen. Dieselben Erscheinungen, und unter ihnen wiederum am constantesten der Kopfschmerz, dauern fort, wenn die Störung zu schweren Veränderungen vorschreitet.

3) Die Erscheinungen der Erweichung treten bald allmälig, bald und noch häufiger, plözlich, unerwartet und schlagartig auf, wobei lezteres nicht ausschliesst, dass kürzere oder längere Zeit hindurch Vorboten als Symptome der initialen Vorgänge bestanden hatten.

Der Ablauf der Erscheinungen der Erweichung ist bald ein acuter, bald ein chronischer. Es finden sich aber auch nicht selten Fälle, wo die in der Leiche vorgefundene selbst ziemlich ausgedehnte Erweichung sich durch keine Art von Gehirnstörung verrathen hatte.

Die Symptome der Erweichung sind, wenn solche bestehen:

a) unbestimmte Zufälle, welche nur eine Hirnstörung oder selbst eine sonstige Erkrankung im Allgemeinen anzeigen: Schwindel, Verdriesslichkeit, Mattigkeit, allgemeines Krankheitsgefühl, krankhaftes schlaffes Aussehen;

b) Kopfschmerzen, bald über den ganzen Kopf, bald auf eine Stelle beschränkt, die aber nicht dem Size der Erweichung zu entsprechen braucht, bald anhaltend, bald aussezend, bald sich mindernd, bald sich steigernd: sie zeigen sich jedoch eher in der Minder- als Mehrzahl der Fälle;

c) fast constant eine Veränderung der Sprache, welche in einer Schwere der Zunge und Hinderung der Aussprache besteht, zuweilen auch den Verlust des Sinnes einzelner Worte anzeigt;

d) zuweilen locale Contracturen und locale, namentlich hemiplegische Lähmungen, zuweilen Convulsionen;

e) Störungen im psychischen Verhalten, oft ohne alle characteristische Eigenthümlichkeit, zuweilen und vornehmlich bei ausgedehnter Erweichung der Corticalsubstanz stumpfsinnige Melancholie und ein dem Blödsinn naher Zustand oder Coma und Bewusstlosigkeit;

f) Erbrechen und die übrigen extracephalen Zufälle, wie sie bei jeder andern Gehirnkrankheit eintreten können.

Von diesen Erscheinungen verbürgen hauptsächlich die Veränderungen im psychischen Verhalten und die Störung der Sprache das Vorhandensein einer Erweichung, zumal dann, wenn zugleich eine plözlich eingetretene oder doch rasch zur Ausbildung gekommene Hemiplegie vorhanden ist. Entschiedener noch als die Art und Combination der Symptome sichert die Diagnose nach Eintritt der paralytischen Erscheinungen deren allmäliges oder unvollkommen stossweises Zunehmen.

Die Dauer der Erweichung erstrekt sich selten über mehr als einige Monate. Schon ein Verlauf, der sich ein Jahr lang hinauszieht, ist eine Ausnahme, und von mehrjährigem Verlaufe sind nur wenige Beispiele beobachtet.

Der tödtliche Ausgang erfolgt:

durch die Ausdehnung der Erkrankung,

durch hinzutretende andere Störungen im Gehirn oder in den Häuten,

durch Störungen in den Lungen (Hypostase, Pneumonie, Oedem),

durch Verschwärungen im Darm und auf der Haut,

durch zufällige Ereignisse und Störungen.

Die Diagnose der Erweichung ist einmal darum schwierig, weil sie sich selbst unter verschiedenen Formen und Verlaufstypen darstellen kann, andererseits darum, weil sie mit andersartigen Veränderungen im Gehirn vielfach übereinstimmende Symptome zeigt. In der That ist man in vielen Fällen nicht im Stande, für die Anwesenheit einer Erweichung zu bürgen, vornehmlich dann, wenn die Störung der psychischen Functionen und der Sprache fehlt, eine Hemiplegie noch nicht eingetreten ist oder wenn im Gegentheil andere ungewöhnliche Symptome, wie Convulsionen, sich einstellen. Ja in manchen Fällen von Erweichung hat man geradezu gar keinen Grund, während des Lebens eine solche zu vermuthen. Die Diagnose wird wesentlich gestüzt, wenn bei Gegenwart von Verdacht erregenden Symptomen Umstände vorliegen, unter welchen die Erweichung gern einzutreten pflegt, wie hohes

Alter, vorausgegangene Apoplexieen, Tumoren, und die plözliche Complication des früheren Zustandes mit neuen Erscheinungen erschwert hiebei nicht die Diagnose, sondern erleichtert sie.

Die acute Erweichung tritt zuweilen mit einer allmäligen Veränderung der Intelligenz und der Bewegungsfähigkeit, mit Kopfschmerz, Abstumpfung der Sinne und ziemlich rascher Zunahme dieser Zufälle unter Hinzutreten einer mehr oder weniger ausgesprochenen Hemiplegie, Erschwerung der Sprache und darauf folgendem Coma ein. Der Tod kann in solchen Fällen in wenigen Tagen erfolgen. — Oder sie tritt in der Form eines apoplectischen Anfalles auf, wobei zwar Hemiplegie besteht, aber auch die Glieder der andern Seite nur eine unvollständige Bewegung zeigen, und der Kranke stirbt entweder so früh, dass die Unterscheidung von Apoplexie nicht gemacht werden kann, oder es stellt sich eine höchst unvollkommene Besserung ein, welche nach kurzer Dauer durch Wiederausdehnung der Symptome sich als Erweichung characterisirt. — Oder endlich man bemerkt den Tod nach Eintreten mussitirender oder blöder Delirien und bald darauf folgendem Sopor neben Andeutung von Hemiplegie, — ein Verlauf, der nur soweit er bei Greisen vorkommt, als Erweichung erkannt werden kann.

Die chronischen Fälle beginnen ebenso wie die acuten und schleppen sich nur mehr oder weniger lange hin, wobei hin und wieder zwischen dem Verlaufe apoplexieartige Anfälle eintreten, die wieder einige, jedoch unvollkommene Besserung zulassen, auch der Tod nicht selten schliesslich unter Hinzutreten acuter Zufälle erfolgt. — Am meisten können diese Fälle verwechselt werden:

mit Intermeningealapoplexieen, welche, zumal bei unvollständig ausgebildeten Symptomen, sich oft gar nicht von der Erweichung unterscheiden lassen, während das Fortschreiten der Störungen und die vollkommnere Hemiplegie bei der Erweichung zuweilen die Diagnose sichert;

mit Hirnabscessen, bei welchen jedoch die Kopfschmerzen viel intensiver sind, häufiger Convulsionen eintreten und überdem oft die Altersverhältnisse eine wahrscheinliche Unterscheidung zulassen;

mit Hirntumoren, welche vornehmlich durch den anhaltenden und heftigen Kopfschmerz, durch die allgemeiner verbreiteten Druksymptome, durch die entschiedneren Störungen der Sinne, besonders auch durch die häufig eintretenden Convulsionen, endlich zuweilen durch die Altersverhältnisse sich unterscheiden lassen. Es lässt sich übrigens die Differentialdiagnostik zwischen Erweichung und Tumoren nicht auf allgemeine Regeln zurükführen; vielmehr muss man suchen, aus den Symptomen den wahrscheinlichen Siz der Störung zu bestimmen und alsdann sich die Frage vorlegen, ob, die Richtigkeit dieser Localdiagnose vorausgesezt, die Verhältnisse und die Combination der Erscheinungen mehr für Erweichung oder für Tumor sprechen.

Die Diagnose des Sizes der Erweichung lässt sich nur approximativ machen, und man kann fast nur bei vorhandener Hemiplegie im Allgemeinen die kranke Hemisphäre bestimmen, welche die der Lähmung entgegengesezte ist.

4) Der **Hirnabscess** kann eine Zeitlang oder bis zum Tode vollkommen latent sein, und zwar selbst nicht unbeträchtliche Abscedirungen, wenn sie in dem Marklager der grossen Hemisphäre, im Mittellappen oder im Kleinhirn sich befinden und sehr langsam sich entwikeln, zeigen zuweilen eine gänzliche Symptomlosigkeit.

Der Abscess ist zuweilen eingeleitet von einer acuten und verbreitete Symptome machenden Hirnaffection, nach deren Ablauf die Symptome des Abscesses entweder zurükbleiben oder erst nach einer kürzeren oder längeren Pause sich entwikeln. Noch häufiger aber treten die Erscheinungen der Störung ganz schleichend und allmälig auf, und zwar oft geraume Zeit nach demjenigen Ereigniss, welches als muthmaassliche Ursache der Erkrankung angesehen werden muss.

Die Erscheinungen, welche durch den Hirnabscess hervorgerufen werden, treten entweder plözlich auf oder in allmäliger Entwiklung, so dass der Kranke den Anfang der Erkrankung selbst nicht genau anzugeben vermag. Der plözliche wie der allmälige Beginn der Symptome kann sich unmittelbar an die Ursache der Krankheit anschliessen und also die erste Entwiklung der Störung anzeigen, oder kürzere oder längere Zeit, selbst Jahre lang, nach der Einwirkung der Ursache stattfinden.

Es lassen sich in dem Verlaufe des Abscesses zwei häufig scharf getrennte Stadien unterscheiden:

In dem ersten Stadium, welches im Durchschnitt das länger dauernde ist, selbst über viele Jahre sich hinziehen kann, das jedoch in manchen Fällen fehlt oder nur einige Stunden und Tage besteht, ist das dem Kranken auffälligste Symptom, welches in allen überhaupt Symptome gebenden Fällen zugleich das constanteste ist, ein meist sehr intensiver Kopfschmerz, welcher bald sehr ausgebreitet, bald mehr an eine beschränkte Stelle fixirt ist, häufig dem Size des Abscesses annähernd entspricht, doch auch oft davon abweicht. Der Kopfschmerz ist besonders bei den Abscessen des Kleinhirns fast regelmässig im Hinterkopf und erstrekt sich meist über den Naken, wenn er auch gleichzeitig noch an andern Stellen gefühlt wird. Bei dem Abscess des centralen Marklagers und der Hinterlappen ist er am wenigsten constant und am ungenauesten in Bezug auf die Stelle. Bei den Abscessen der Vorder- und der Mittellappen fehlt er nur ausnahmsweise und zeigt ziemlich bestimmt auf die kranke Stelle hin. Der Kopfschmerz kann vorübergehend sich verlieren, kommt aber mit grosser Hartnäkigkeit wieder und wird dem Kranken oft kaum erträglich.

Nicht selten sind daneben auch Schmerzen oder unbestimmte lästige Empfindungen in andern Theilen des Körpers, bald mit grosser Hartnäkigkeit und festem Size, bald wechselnd und unbestimmt, ohne dass sie über die Stelle des Abscesses einen Aufschluss zu geben vermöchten.

Störungen der höheren Sinne sind nur ausnahmsweise vorhanden, vornehmlich solche des Gehörsinns bei Abscessen des Mittelhirns, seltener des Gesichts und Geruchs. Sehr häufig ist Schwindel und sind einfache subjective Sinnesempfindungen vorhanden.

Die Intelligenz bleibt in vielen Fällen ganz unversehrt, doch zeigen sich andere Male ein mässiger Trübsinn, Hallucinationen, Wahnideen, Somnolenz, ein langsamer Gedankenfluss und ein dem finsteren Blödsinn ähnliches Benehmen. Auch kommen wohl hin und wider Unmachten und heftige delirirende Aufregungen vor, — Verhältnisse, welche keinen bestimmten Schluss auf die Stelle der Erkrankung machen lassen.

Die Sprache ist in vielen Fällen etwas erschwert, gehemmt, beschränkt sich auf wenige Worte oder es kann das Vermögen dazu auch ganz verloren gegangen sein; doch ist in andern Fällen keine Beeinträchtigung dieser Fähigkeit zu bemerken und es ist bis jezt nicht gelungen, den Grund dieser Verschiedenheiten zu ermitteln.

Locale Contracturen, noch häufiger clonische Krämpfe und Zukungen in einzelnen Theilen, oder aber heftige Krämpfe in der Form der Epilepsie sind eines der gewöhnlichsten Symptome dieses Stadiums. Sie kommen bald häufiger, bald seltener. Sie finden sich bei den Abscessen des Grosshirns, wo auch ihr Siz sein mag. Paresen einer Körperhälfte oder einer Extremität, sowie Verziehungen des Gesichts und Abweichungen der Zunge finden sich nicht selten bei denjenigen Abscessen, welche in die Nähe des Ventrikels vordringen, obwohl sie auch bei ganz ähnlich gelagerten Eiterherden zuweilen fehlen. Diese Paresen können sich vorübergehend bessern und wieder verschlimmern. Gegen das Ende des Stadiums nehmen sie

häufig an Intensität und Ausdehnung schneller zu; auch zeigt sich oft ein plözliches Eintreten einer Hemiplegie, und meistens steht in solchen Fällen der Ausbruch des zweiten Stadiums nahe bevor.

Erbrechen ist in diesem Stadium nur ausnahmsweise vorhanden. Dagegen kommt zuweilen eine Störung in der Harn- und Stuhlexcretion vor. Circulation und Respiration zeigen in der Regel nichts Abnormes. Auch die Ernährung bleibt häufig gut, während in andern Fällen Abmagerung eintritt. Die Hauttemperatur wurde in einzelnen Fällen auffallend kalt gefunden, selten kamen wirkliche Frostanfälle vor.

In diesem Stadium, welches der langsamen Ausbildung und Entwiklung des Abscesses angehört und daher in acuten Fällen wegfällt oder doch nur sehr kurz ist, in chronischen dagegen eine unbeschränkte Dauer haben kann, sind zwar die Symptome nicht so constant und bestimmt, dass man erwarten dürfte, jeden Abscess des Gehirns diagnosticiren zu können; aber sie sind doch in manchen Fällen von der Art, dass man mit grosser Wahrscheinlichkeit die Art der Erkrankung vermuthen, ja selbst zuweilen die Erscheinungen kaum auf etwas Anderes als auf einen Abscess beziehen kann. Besonders aber erhält man für die Diagnose dann eine weitere Stüze, wenn eine Verlezung, und wäre sie auch unbedeutend, der Entwiklung der Symptome vorausgegangen ist. Nur ist allerdings dabei nicht zu übersehen, dass nach Verlezungen auch locale Hirnerweichungen und Tumoren sich einstellen können und dass das constanteste Symptom des Abscesses, nämlich der Kopfschmerz, ebenso constant den Tumoren angehört, bei den Erweichungen dagegen wenigstens hin und wieder vorkommt. Dagegen sind bei dem Abscess viel seltener erhebliche Sinnesstörungen, namentlich des Gesichtsinnes vorhanden, und die Einwirkung auf die Intelligenz ist in dem früheren Stadium im Durchschnitt weit geringer als bei den Tumoren. Ebenso kommen frühzeitige complete Lähmungen bei dem Abscess seltener vor, da er weniger an den Stellen, welche die Bewegung repräsentiren, sich entwikelt und noch weniger sie durch Druk erreicht. Auch hier muss man suchen, bei der Diagnose die Erforschung des wahrscheinlichen Sizes und die der wahrscheinlichen Art der Krankheit sich gegenseitig ergänzen und unterstüzen zu lassen.

In diesem Stadium liefert der Abscess noch am ehesten Material für die Bestimmung der erkrankten Stelle. Hiezu dient einerseits der Siz der Kopfschmerzen, andererseits aber auch die Combination und der Verlauf der übrigen Erscheinungen.

Bei Abscessen, bei welchen eine ganze Hemisphäre oder nahezu zerstört ist, ist der Verlauf gewöhnlich ein rascher und unter heftigen Convulsionen und bald eintretender completer Paralyse der entgegengesezten Körperhälfte geht die Affection in Kurzem in das zweite Stadium über und erfolgt bald der Tod. In einem Fall von Bazzori jedoch, in welchem nach einer 9 Jahre vor dem Tode stattgefundenen Contusion des Kopfes ein enormer, die ganze linke Hemisphäre zerstörender Abscess sich ausgebildet hatte, fehlten alle Erscheinungen ausser Traurigkeit und unangenehmem Gefühle auf der verlezten Kopfhälfte und erst 15 Tage vor dem Tode traten plözlich schwere Hirnzufälle ein (Ann. méd.-psych. XII. 388).

Bei den Abscessen des vorderen Lappens zeigt sich der Schmerz häufig in der Tiefe des Auges, eine frühzeitige Neigung zu Somnolenz, convulsivischen Bewegungen einer Hälfte des Gesichts und an den Augen, wiewohl auch an andern Theilen, zuweilen Oedeme einer Bake oder eines Auglids, auch wohl Störungen des Sehvermögens. Erbrechen, allgemeine Convulsionen und hemiplegische Parese, sowie mässige Grade von Geistesverwirrung sind in diesen Fällen wie in andern.

Bei den Abscessen des Mittellappens fehlen in der Regel die Lähmungen oder sind sie beschränkt auf einzelne Finger, die Hand u. dergl.; auch verlieren sie sich zuweilen bald wieder. Dagegen sind Störungen von dem Gehörsinn vorhanden und heftige Schmerzen im Ohr. Diese Fälle haben im Durchschnitt eine kurze oder doch nur mässig lange Dauer.

Auch bei den Abscessen des Hinterlappens treten Paresen erst langsam und spät ein und ist das Gehörorgan häufig afficirt. Convulsionen sind bald vorhanden, bald fehlen sie; überhaupt ist die Motilität und Sensibilität, leztere mit Ausnahme des Kopfschmerzes, zuweilen ganz ungestört.

Abscesse in dem centralen Marklager scheinen besonders langsam sich entwikeln zu können. Sie rufen zuweilen einseitige Lähmungen hervor, doch ist diess nicht so gewöhnlich, selbst in den Fällen, welche den Wandungen der Seitenventrikel nahe gekommen sind, als man vermuthen sollte. Sogar in einem Fall eines Ab-

scesses des Corpus striatum mit acuter Entzündung der beiden Ventrikeloberflächen war ausser heftigen Schmerzen und einer Neigung des Kopfes gegen die linke Seite kein einziges Symptom vorhanden, welches auf das Gehirn hätte bezogen werden können (Arch. gén. A. XXI. 587).

Die Abscesse des Kleinhirns zeigen zuweilen ausser Kopfschmerz gar keine weiteren Zufälle vom Gehirn, namentlich weder Delirien, noch Störungen der Sinnesorgane, noch Convulsionen, noch Lähmungen, während in andern Fällen, ohne dass sich darüber eine Regel aufstellen liesse, eines oder das andere dieser Symptome besteht. Eine Beziehung der Kleinhirnabscesse auf die Geschlechtsfunctionen ist nicht beobachtet.

In manchen Fällen von Abscessen treten noch weitere, zuweilen sonderbare Symptome auf, die grossentheils weder in ihrem Entstehen erklärt sind, noch eine bekannte Beziehung zu der Erkrankung bestimmter Stellen haben: so eigenthümliche Gerüche (Mäusegeruch), welche man bei den Abscessen des Centrums, aber auch anderer Theile beobachtet hat, Störungen des Sehorgans (Diplopie, Strabismus etc.), verschiedene Eigenthümlichkeiten in der Haltung, in der Bewegungsweise u. dergl. mehr.

Der Zustand, welchen man als zweites Stadium bezeichnen kann, tritt oft nach Jahre langer, zuweilen nur nach Monate oder Tage langer Dauer der beschriebenen Störungen, meist ohne alle neue Veranlassung, zuweilen nach einem Falle, einer Gemüthsbewegung, einem Diätfehler ein. Es kann aber auch geschehen, dass das Krankheitsbild, welches diesem Stadium eigenthümlich ist, primär auftritt, sei es dass es sich sogleich oder in kürzester Zeit an die Einwirkung der Ursache anschliesst (z. B. nach einer intensiven Kopfverlezung), sei es dass nach latent verlaufendem Abscesse die Symptome sogleich in grosser Heftigkeit ausbrechen.

Dieses Stadium kündigt sich bald durch einen Frost, bald durch ausserordentliche Steigerung der Kopfschmerzen, oder heftige Delirien, oder rasch sich wiederholende Convulsionen, am häufigsten aber durch eine apoplexieartig eintretende Hemiplegie oder plözliche Erweiterung der bestehenden Lähmung nebst Coma an. Es kann geschehen, dass beim Uebertritt in dieses Stadium, wenn er nicht ganz plözlich stattfindet, eine Beschleunigung des Pulses und einige Fieberhize sich einstellt; aber meistens wird der Puls entweder nach kurzer Acceleration, oder sogleich auffallend langsam und zuweilen unregelmässig. Die Gesichtszüge nehmen sofort einen fremdartigen Ausdruk an, sind bald gespannt, bald erschlafft, die Sprache ist aufgehoben, oder höchst erschwert, die Zungenbewegung mühsam und in den meisten Fällen tritt Erbrechen ein.

Es kann nun geschehen, dass dieser Zustand unter fortdauerndem und immer tiefer werdendem Coma in wenigen Tagen, selbst in kürzerer Zeit als 24 Stunden in den Tod übergeht. Oder aber es ermässigen sich die Symptome (die Delirien, Convulsionen oder das Coma), es folgt ein freierer, jedoch immer noch somnolenter Zustand unter Fortdauer der eingetretenen Hemiplegie; aber der Puls behält seine Langsamkeit, Erbrechen wiederholt sich von Zeit zu Zeit, die Zunge belegt sich dik, die Stuhl- und Urinexcretion wird der Willkür entzogen, neue Exacerbationen erfolgen und schliesslich wird das Coma wieder überwiegend, Subsultus tendinum und andere automatische und Reflexbewegungen treten ein, die Lähmung dehnt sich aus, Puls und Respiration werden in den lezten Stunden oder auch Tagen sehr beschleunigt und unregelmässig und der Tod tritt in derselben Weise wie bei acuten Entzündungen des Schädelinhalts ein, nicht leicht später als in der zweiten Woche nach Beginn des Stadiums.

Es ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen, von welchem Vorgange diese oft plözliche, mindestens rasch sich einstellende Umwandlung der Erscheinungen abhänge, und es scheint, dass verschiedene Verhältnisse einen annähernd gleichen Effect haben können: so wird namentlich der beschriebene Zustand in manchen Fällen bewirkt durch eine hinzutretende Meningitis, durch ein Bersten des Abscesses in die Ventrikel oder auf die Hirnoberfläche; wahrscheinlich kann auch eine consecutive Erweichung im Umkreis des Abscesses dieselbe Wirkung haben, und zuweilen mag diese hervorgebracht werden durch ein umfangreiches Oedem des Gehirns, durch eine rasche Zunahme des Abscessinhaltes und daher des Drukes auf das Gesammthirn, vielleicht auch durch die Verjauchung des Inhaltes des Herdes.

Im Wesentlichen unterscheidet sich dieses Stadium nicht von andern schweren acuten Vorgängen im Gehirn, und während die eine Reihe der Fälle die Art eines fulminanten apoplectischen Anfalles zeigt, ist bei der andern mehr die Form eines allmälig zunehmenden und verbreiteten Drukes vorhanden. Mit Ausnahme der Fälle von Abscessen des Kleinhirns stellt sich jedoch gewöhnlich, wenn nicht im Beginn dieses Stadiums, so doch im Verlaufe desselben, eine überwiegende Lähmung oder doch Schwäche einer Körperhälfte her, und auch bei einzelnen Kleinhirnabscessen sind ebenfalls hemiplegische Lähmungen zu bemerken.

Der Verlauf des Abscesses kann jeden Grad der Acuität und Chronicität haben. Es kommen Abscesse vor, welche im Verlaufe eines oder doch weniger Tage sich bilden, während andere erst 10 und 20 Jahre nach der Einwirkung der muthmaasslichen Ursache zum Tode führen. Die Dauer der Symptome ist in acut verlaufenden Fällen, in welchen bald sich die Erscheinungen des zweiten Stadiums herstellen, gewöhnlich nur einige Tage bis wenige Wochen. In langsam verlaufenden Fällen dagegen ist die mittlere Dauer der Symptome etwa zwei Monate. Doch ist es nicht selten, mässige Symptome einige Jahre lang andauern zu sehen.

Der Ausgang des Abscesses ist in ziemlich seltenen Fällen Genesung: entweder durch allmäliges Schrumpfen, oder durch Entfernung des Eiters nach aussen mittelst einer Otorrhoe (besonders bei Abscessen des Mittellappens), eines eiterigen Ausflusses aus der Nase. Ein solcher günstiger Ausgang ist kaum mehr zu erwarten, wenn das zweite Stadium begonnen hat.

Meist geht der Abscess in den Tod über; und zwar:

entweder unter dem Krankheitsbilde des comatösen Stadiums;

oder ganz plözlich ohne alle vorangehenden Symptome, oder wenigstens nach solchen, welche die Nähe der tödtlichen Catastrophe nicht erwarten lassen konnten;

oder endlich durch eine intercurrente Krankheit.

Fälle von Abscessen des Gehirns finden sich vornehmlich bei Lallemand (op. cit.), woselbst übrigens sehr viele unbrauchbare und schlecht beschriebene Beobachtungen mit aufgenommen sind, Bright (Rep. of med. cas. II. Cas. 73—75, 78—80), Cruveilhier (op. cit.), Abercrombie (op. cit. 4. édit. Cas. 36—43) Neben diesen finden sich viele in der Literatur zerstreute Einzelfälle. — Von Abscessen im Kleinhirn sind besonders zu bemerken einige Fälle bei Lallemand, ein Fall von Abercrombie (Cas. 45), von Andral (Clin. méd. V. 703), von Scalvanti (Dublin. journ. IV. 303), von Rennes (Arch. gén. A. XVII. 222), von Martin (ibid. B. XI. 499), Duplay (ibid. B. XII. 275), Brouene (aus provinc. med. journ. in Schmidt's Jahrbb. XXXIX. 286), Brugnoli (aus Bullet. di Bologno in Schmidt's Jahrbb. XXXVIII. 36), Santer (aus Hannov. Ann. N. F. IV. 2 in Schmidt's Jahrbb. XLIV. 23).

5) Die Symptome der Cellularinfiltration unterscheiden sich nicht wesentlich von denen andersartiger Erweichung. Doch lässt sich die Wahrscheinlichkeit dieser Art der Erkrankung daraus entnehmen, dass die Individuen höchst betagt sind, dass entweder alle Reizungssymptome fehlen

oder dass diese, wenn sie vorhanden sind, von Anfang an den Character der Abschwächung zeigen.

6) Die Entstehung einer Hirnsclerose gibt sich nach vorausgegangenen Symptomen mässiger oder heftigerer Aufregung, die oft lange angehalten hatte oder in Anfällen wiedergekehrt war, durch allmälige Herstellung habitueller Abnormitäten zu erkennen, und zwar:

durch epileptische Krämpfe,
durch einzelne Contracturen,
durch Lähmung und Schwäche einzelner peripherischer Theile,
durch Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz bis zur Verrüktheit und zum Blödsinn.

Langsam nehmen diese Erscheinungen zu, combiniren sich unter einander und gehen, wenn nicht frühe der Kranke stirbt, meistens in allgemeiner Cerebralparalyse unter.

Alle Formen der partiellen Entzündung können in jedem Momente sich combiniren und durch verschiedene Folgeprocesse, theils im Gehirn oder in seinen Häuten, theils in andern Organen des Körpers complicirt werden.

Es ist darum die Vergleichung der Symptome während des Lebens mit den vorgefundenen anatomischen Läsionen bei den partiellen Entzündungen des Gehirns nur mit grosser Vorsicht vorzunehmen, indem häufig die zulezt wahrgenommenen Störungen der Functionen nicht von dem wesentlichen Processe, sondern von irgend einer consecutiven Veränderung abhängen.

So häufig die partiellen Hirnentzündungen sind, so pflegen doch die dahin gehörigen Fälle gewöhnlich mit andern Namen belegt zu werden und viele dieser Fälle gehen unter dem Namen der Altersschwäche, der Apoplexie, des suffocatorischen Catarrhs, des nervösen Fiebers und zahlreicher anderer aus den Symptomen abstrahirter Benennungen. Auf der andern Seite ist zu bemerken, dass bei den so oft gehörten Diagnosen der Hirnentzündung, besonders wenn damit eine acute, tödtlich ablaufende oder geheilte Krankheit gemeint ist, das Gehirn meist gar nicht oder doch nur consecutiv und symptomatisch betheiligt ist: solche Fälle sind häufig Meningiten verschiedener Art, oder es findet die Localisation der Krankheit in ganz andern Organen statt als im Schädelinhalt und es hat nur die Lebhaftigkeit der Delirien, sowie das Coma der lezten Tage zu der Annahme einer Hirnentzündung verleitet. In solcher Weise sieht man Pneumonieen, acute Tuberculosen, intermittirende Fieber, pleuritische Exsudate, Peri- und Endocarditen, Fälle von Typhus, Nierenentzündungen etc. sehr oft als Hirnentzündungen ausgegeben, während in Wahrheit im Gehirn keine Spur von Exsudation sich findet; dessgleichen sind die angeblichen Hirnentzündungen, welche im Verlauf acuter Exantheme so häufig angenommen werden, meist nur functionelle Störungen ohne irgend ein Exsudat. Man muss festhalten, dass eine wirkliche Entzündung nur äusserst selten das Gesammthirn befällt und dass daher die Annahme einer solchen nur durch die dringendsten Gründe gerechtfertigt und nur durch die Section verbürgt werden kann, und dass andererseits die in der That oft vorkommenden partiellen Hirnentzündungen nicht oder nur in den lezten Tagen des Lebens solche Symptome darbieten, welche die geläufige Vorstellung mit dem Namen Hirnentzündung zu verbinden pflegt.

III. Therapie.

Die Therapie besizt wenig Hilfsmittel gegen die partielle Encephalitis. Das anzuwendende Verfahren beschränkt sich auf folgende Methoden:

1) Man hat ein strenges prophylactisches Verfahren in Beziehung auf alle Verhältnisse, welche den Process steigern können, anzuwenden, namentlich alle Eindrüke auf die Sinne, Ueberanstrengungen, Diätfehler aufs Sorgfältigste abzuhalten.

2) Es ist in den Zeiten der Exacerbation von der Anwendung örtlicher Blutentziehungen und kalter Umschläge genügender Gebrauch zu machen.

3) Die Hervorrufung von Eiterungen auf der Kopfhaut, namentlich durch Tartarus-emeticus-Salbe, durch Moxen und Haarseile ist ohne Zweifel in manchen Fällen von grossem Erfolg, ohne dass jedoch auf einen solchen auch nur mit einiger Sicherheit vorausgerechnet werden könnte.

4) Methodische Laxircuren, Diuretica können gebraucht werden, sind aber meist nur von einem untergeordneten Nuzen.

5) Resorbentia, namentlich Jod innerlich gegeben, dürften in den meisten Fällen wenigstens unschädlich sein und somit in chronischen Fällen immerhin einen Versuch zulassen.

6) Die operative Eröffnung des Abscesses ist nur in den seltensten Fällen und bei sicherer Diagnose der Oberflächlichkeit des Eiters gestattet.

7) Im Uebrigen beschränkt sich die Behandlung auf ein exspectatives und symptomatisches Verfahren.

Die Behandlung der partiellen Encephalitis hat durchaus das Princip des prophylactisch-symptomatischen Verfahrens zu verfolgen. Die Prophylaxis ist dabei in der Weise zu verstehen, dass sie auch bei schon bestehender und entwikelter Krankheit in der ausgedehntesten Weise eintreten muss, um alle Schädlichkeiten abzuhalten, welche den möglichen spontanen Heilungsprocess hindern oder erschweren könnten; das symptomatische Verfahren aber hat sich am strengsten mit denjenigen Symptomen zu beschäftigen, deren Gegenwart für den Ablauf der Vorgänge im Gehirn in irgend einer Weise nachtheilig sein kann.

d. Oedem des Gehirns.

I. Das Oedem des Gehirns ist ein sehr häufiger Befund, aber nur höchst selten die einzige Störung in dem Körper. Bei Weitem in der Mehrzahl der Fälle findet sich dasselbe als secundäre und complicirende Affection:

bei den verschiedensten andern Krankheiten des Gehirns;

bei Hydropischen oder auch bei solchen Localstörungen, welche Hydropsieen herbeizuführen pflegen, wenn auch ausser dem Gehirn in andern Organen nirgends seröse Absezung besteht (Krankheiten der Nieren, des Herzens, der Lungen);

in manchen schweren acuten Krankheiten;

bei cachectischen Individuen jeder Art.

II. Das Gehirn ist durchdrungen mit mehr oder weniger grosser Menge von Flüssigkeit, erscheint darum bei höheren Graden des Oedems voluminöser und zeigt etwas abgeplattete Gyri. Auf den Durchschnittsflächen ist es meist bleich, lässt einen feuchten, mehr oder weniger lebhaften Glanz bemerken. Beim Druk auf Hirnstellen tritt zuweilen etwas Flüssigkeit aus; bei etwas höheren Graden wird das Gehirn weich, matsch, die Kanten der Schnittfläche gleichen sich rasch aus; in den höchsten Graden zerfliesst das Gehirn, vornehmlich an den den Ventrikeln benachbarten Theilen zu einem Brei. — Sehr gewöhnlich ist das Oedem des Gehirns verbunden mit einer serösen Infiltration der Pia und mit einer mehr oder weniger beträchtlichen Ansammlung von Flüssigkeit in den Ventrikeln und in der Basis.

Das Hirnödem kann langsam, acut und plözlich eintreten, wovon die Ursache nicht immer sich ermitteln lässt. Auch hat man für die Raschheit des Eintretens keine sicheren Criterien, sondern nur das unzuverlässige Urtheil aus der Art der Symptome.



In vielen Fällen ist das Hirnödem entschieden symptomlos, zumal bei chronischer Entwiklung desselben, ferner bei Kranken, welche entweder an einer schweren, zuvor schon Hirnsymptome hervorrufenden acuten Krankheit leiden, oder bei Individuen, welche mit vorgeschrittener Cachexie behaftet sind.

Auch in den Fällen, in welchen Symptome vorhanden sind, lässt sich keine Proportion zwischen diesen und dem Grade des Oedems auffinden, um so weniger, da meist andere Störungen oft in nicht unbeträchtlicher Complication Theil haben an der Hervorrufung der Symptome. Ueberdem scheint ein mässiges Hirnödem, wenn es rasch oder plözlich auftritt, ungleich heftigere Zufälle hervorzurufen, als ein beträchtliches, das sich langsam entwikelt.

In den acutesten Fällen können die Erscheinungen des Hirnödems beginnen wie ein apoplectischer Anfall, wobei der plözlich eingetretene comatöse Zustand jedoch permanent bleibt und nicht wie bei der Apoplexie sich wieder in kurzer Zeit mindert, die Glieder mehr erschlafft als wirklich gelähmt sich zeigen, die Pupille dilatirt ist, die Respiration erschwert und schnarchend wird und in kurzer Zeit der Tod eintritt.

In mässiger acuten Fällen bemerkt man Schlummersucht, Stumpfsinn, einen trüben Ausdruk der Augen, sofort muscitirende Delirien, Coma, dabei bald ein Fortschreiten und eine Steigerung dieser Symptome bis zum Tode, bald Remissionen oder selbst eine zeitweise oder dauernde Beseitigung der Erscheinungen. — Auch die Form des melancholischen Stupors wird durch ein Hirnödem nicht selten hervorgerufen.

Das chronisch verlaufende Oedem hat zuweilen ähnliche Zufälle in minderem oder höherem Grade, doch selten in so ausgesprochener Weise, dass auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit das Oedem angenommen werden könnte, wenn es nicht aus der Art der übrigen Erkrankung (dem bestehenden allgemeinen Hydrops etc.) zu vermuthen wäre.

Das Oedem des Gehirns wirkt zunächst durch Druk und in weiterer Folge, bei höheren Graden, durch Destruction des Hirnparenchyms. Es können daher auch seine Symptome keine andern sein, als solche, wie sie durch andere drükende und destructive Affectionen des Gehirns hervorgebracht werden: namentlich stimmen dieselben bis zu einem gewissen Grade in den acutesten Fällen mit der Apoplexie, in minder acuten Fällen mit dem Hydrocephalus acutus und der Meningitis, in chronischen Fällen mit dem chronischen Hydrocephalus überein. Das Eigenthümliche bei dem Hirnödem, wodurch die Diagnose einigermaassen erleichtert und selbst gesichert werden kann, liegt

vor Allem in gewissen Umständen seines Vorkommens, — ein Moment, durch welches, freilich nur in positiver Weise, die Gegenwart eines Oedems zu grosser Wahrscheinlichkeit kommen kann, das aber niemals die Abwesenheit desselben verbürgt;

in der Verbreitung der Affection über das ganze Gehirn, in Folge welcher alle cerebralen Functionen ziemlich gleichmässig reducirt sind;

in der Abwesenheit aller lebhafteren irritativen Erscheinungen, vorausgesezt, dass nicht das Oedem die Folge von Processen ist, welche für sich und vor seinem Eintritte Reizungsphänomene hervorrufen.

Durch Beachtung dieser Verhältnisse wird es möglich, in vielen Fällen das Vorhandensein eines Hirnödems während des Lebens richtig zu erkennen. Das schliesst nicht aus, dass man auf Täuschungen nach beiden Seiten hin gefasst sein muss, sowohl in der Art, dass man bei vermuthetem Hirnödem andere Druk bewirkende Störungen nicht selten vorfindet, als und noch häufiger in der Art, dass Hirnödeme in der Leiche gefunden werden, welche während des Lebens anzunehmen man keinen Grund fand.

III. Die Therapie des Hirnödems hat wenige Hülfsmittel. Sie bestehen:

in der Behandlung oder Ermässigung der das Oedem herbeiführenden ursächlichen Verhältnisse;

in der Anwendung von Diureticis, welche in acuten Fällen mit grosser Energie und unter den kräftigsten Medicamenten (Canthariden) gewählt werden müssen;

in der Anwendung von Blasenpflastern auf den Kopf;

in der Anwendung symptomatischer Hilfen (Hirnreizmittel) bei Collaps und drohendem Untergang.

e. *Tuberkel des Gehirns.*

I. Die Tuberkel des Gehirns kommen vorzüglich bei Kindern und zwar bei solchen mit tuberculösen Lymphdrüsen vor; doch finden sie sich hin und wieder auch im vorgerükten Alter, jedoch auch dann fast ohne Ausnahme mit Tuberculose anderer Organe combinirt.

Besondere Ursachen und determinirende Veranlassungen für die Entstehung des Hirntuberkels sind nicht bekannt.

II. Tuberkelablagerungen im Gehirn finden sich gewöhnlich vereinzelt oder doch in sparsamer Zahl; nur ausnahmsweise findet man zahlreichere Ablagerungen von tuberculösem Aussehen.

Der Hirntuberkel kann an jeder Stelle des Organs vorkommen, doch findet er sich in der Mehrzahl der Fälle in der grauen Substanz: im Kleinhirn, in der Corticalsubstanz des Grosshirns, auch im Thalamus und Corpus striatum, seltener im Mesocephalon. Wenn deren mehrere vorhanden sind, so liegen sie gewöhnlich entfernt von einander.

Die Ablagerung zeigt sich meist von der Grösse einer Kirsche oder einer kleinen Nuss; doch finden sich, zumal wenn mehrere vorhanden sind, auch nicht selten kleinere Knoten, ja selbst solche, welche die Miliargranulation nicht viel an Grösse überbieten. Andererseits findet man in seltenen Fällen hühnereigrosse oder gar faustgrosse Knoten. Der Tuberkelknoten hat die Beschaffenheit ähnlicher Absezungen in den Drüsen und in andern Organen, ist jedoch meist troken, brüchig und von mehr spekiger Consistenz als die Tuberkel der Lungen und selbst die der Drüsen; auch hat seine Farbe oft eine grünliche Nuance. Die Nachbarschaft des Tuberkels ist oft nicht bedeutend afficirt: nur eine zarte, von einem verdichteten Gewebe gebildete Membran umschliesst ihn in vielen Fällen. Andere Male ist er umgeben von einem verdichteten, vascularisirten Reactionswall von etwas grösserer Mächtigkeit, in welchem häufig kleine Granulationen und Knötchen enthalten sind, die später mit der Hauptmasse confluiren, wodurch der Tuberkel wächst und zuweilen seine rundliche Form in eine ästige oder gelappte verwandelt. Auch kommen Erweichungen im Umkreis des Tuberkels vor. Wenn das Product an der Oberfläche des Gehirns gelagert ist oder diese bei seinem Wachsthum erreicht, so durchdringt es die Pia und bringt dort eine reactionäre Entzündung hervor, durch welche die Häute verwachsen und der Tuberkel mit der Dura in Zusammenhang kommen kann.

Selten finden sich in dem Tuberkel erweichte Stellen und noch seltener

wird die ganze Masse in einen Eiterherd umgewandelt, der sich alsdann von einem gewöhnlichen Abscesse hauptsächlich durch das Vorhandensein von Miliargranulationen in seiner Hülle unterscheidet.

Die Entwiklung und der Ablauf der Tuberkel im Gehirn scheint ein ziemlich langsamer zu sein und sich nicht nur über Monate, sondern über Jahre erstreken zu können.

Das Vorkommen einer Verödung des Tuberkels ist wahrscheinlich nicht ganz selten; doch findet man in dem Hirntuberkel verhältnissmässig nicht so häufig die Form der Spontanheilung durch Verkreidung, als in den Tuberkeln der meisten andern Organe, zumal der Drüsen.

Häufig schliesst sich die Entstehung einer acuten Meningitis, zumal in granulirter Form an, womit zugleich fast regelmässig eine Wasserausschwizung in den Ventrikeln erfolgt. Nicht selten nimmt dieser consecutive Process bei Vorhandensein von Tuberkelknoten im Gehirn einen lentescirenden Verlauf.

III. Der Hirntuberkel kann vollkommen latent bis zum Tode sein, und selbst grosse Absezungen dieser Art werden nicht selten im Gehirn bei Individuen gefunden, welche niemals krankhafte Erscheinungen darboten, die sich aufs Gehirn bezogen.

Oder der Hirntuberkel ist an sich latent und die Symptome beginnen erst mit dem Eintreten der terminalen Meningitis. Der Verlauf unterscheidet sich in Nichts von dieser, und erst durch die Leichenöffnung ergibt sich, dass neben dem Meningealergusse auch die Hirnmasse eine Tuberkelablagerung enthält.

Oder der Tuberkel ist an sich latent; aber es treten die Erscheinungen der in der Nachbarschaft des Tuberkels sich einstellenden Hirnerweichung ein und es kann die Anwesenheit eines diesen Process bedingenden Tuberkels nur daraus vermuthet werden, dass das Individuum auch in andern Organen, namentlich in den Drüsen Tuberkelabsezungen darbietet.

Nur in der Minderzahl der Fälle kommen Symptome vor, welche der Tuberkelabsezung im Gehirn einigermaassen eigenthümlich sind, welche jedoch wahrscheinlich weniger dem Tuberkel selbst, als vielmehr dem gelinden, aber immer wieder recrudescirenden Reactionsprocesse in seiner Nachbarschaft angehören. Diese Erscheinungen sind: zuweilen Kopfschmerz, bald fix und anhaltend, bald und häufiger in einzelnen Paroxysmen auftretend; besonders aber Convulsionen, welche entweder in der Art der epileptischen eintreten, oder und noch häufiger eine mehrtägige Paroxysmenreihe darstellen, zugleich mit Delirien, Unmachten, Sopor, Erbrechen sich combiniren und dann wieder für lange Zeit verschwinden und scheinbar beseitigt scheinen, bis sie auf einmal mit oder meist ohne Veranlassung in gleicher Weise wiederkehren. Zuweilen ferner treten Erscheinungen von Stumpfsinn, von Geistesverwirrung, von motorischer Schwäche und Lähmung ein, was je nach dem Size des Tuberkels sich richtet, in gleicher Weise, wie diese Störungen bei Tumoren bestimmter Stellen des Gehirns sich zeigen.

Diese Erscheinungen kommen meist erst bei grösseren oder vielfältigeren Tuberkeln und stellen daher häufig das lezte Stadium dar; wiewohl es geschehen kann,

dass auch ein solcher Anfall wieder vorübergeht und einem leidlichen Befinden Plaz macht. Gewöhnlich stellt sich schliesslich eine mehr oder weniger bedeutende Abmagerung ein und es erfolgt der Tod bald in einem Anfall von Delirium und Convulsionen, bald unter den Erscheinungen allgemeiner und progressiver Cerebralparalyse, gewöhnlich aber unter dem Hinzutreten der Erscheinungen einer acuten Meningitis.

Der Verlauf eines solchen Falles mit seinen mannigfachen Unterbrechungen kann ein ziemlich protrahirter sein und es kann erst nach jahrelanger Wiederholung von Anfällen endlich der Tod erfolgen, der andere Male dagegen sich in kürzester Zeit nach dem Auftreten der ersten Symptome einstellt. Andererseits ist es auch nicht ganz selten, dass Erscheinungen, welche auf Hirntuberkel hinweisen, sich wieder verlieren und eine volle oder relative Gesundheit sich herstellt. Immer ist jedoch die Annahme der Abhängigkeit genannter Zufälle von Tuberkeln des Gehirns nur dann gestattet, wenn sich an andern Organen des Körpers Tuberkel finden.

IV. Die Therapie des Hirntuberkels kann sich bei der Unsicherheit der Diagnose nicht auf feste Erfahrungen stüzen. Ueberdem ist die Möglichkeit einer Einwirkung auf die Absezung zweifelhaft, wenn nicht gar unwahrscheinlich.

Beim Verdacht von Hirntuberkeln ist in den Zeiten der Ruhe oder mässiger Krankheitssymptome die Abhaltung aller Reizungen und Anstrengungen des Gehirns geboten und kann ein constitutionelles Verfahren mit Jod, Salzbädern, Leberthran und dergleichen versucht werden.

Die einzelnen Exacerbationen sind nach ihrer Art und nach den Verhältnissen des Individuums zu behandeln: mit Kälte und Blutentziehungen, wenn sich dieses noch in einem kräftigen Zustande befindet, beruhigend und exspectativ, wenn der Kranke abgemagert und heruntergekommen ist.

3. Exsudationen der Pia (Meningiten).

Die Exsudationen in der Pia oder die Meningiten bilden die Mehrzahl der acut tödtlich endenden Entzündungs- und Exsudationsprocesse innerhalb des Schädels. Sie liefern daher das umfänglichste Material solcher Beobachtungen, welche in Betreff der Art der Störung unzweifelhaft sind. Ebendarum ist auch die Symptomatik dieser Affectionen mit grösserer Schärfe festzustellen, als bei den meisten andern anatomischen Störungen des Gehirns. Den tödtlich endenden Fällen schliesst sich überdem eine nicht ganz geringe Anzahl mit Genesung endender oder sich in die Länge ziehender Erkrankungen an. Die Erfahrungen über die Symptome der tödtlich verlaufenden Meningiten gestatten auch bei diesen häufig eine ziemlich sichere Diagnose; doch ist dieselbe bei der mangelnden Controle durch die Obduction immerhin anfechtbar, und in der That kommen Fälle genug vor, bei welchen die Erscheinungen in einer nicht abzugrenzenden Weise sich an andere Störungen des Schädelinhalts anreihen und einen bestimmten Ausspruch über die specielle Art der Erkrankung unzulässig machen.

Die Unterschiede der Exsudate in der Pia beziehen sich:

1) auf die Art der Absezung. Diese kann

serös sein (Oedem der Pia, wässerige Ergüsse in den Subarachnoidealraum);

eine Verdikung der zarten Hirnhäute herbeiführen;

Verwachsungen mit der Hirnrinde zuwegebringen (adhäsive Meningitis);

gallertig geronnen, pseudomembranös und eiterig sein. — Verschiedenheiten der diffusen Entzündung der Pia, welche nur den Grad des Processes und die Fortentwiklung des Exsudats anzeigen;

in disseminirten Granulationen bestehen (granulirte, tuberculöse Meningitis).

2) Besteht die Differenz der Exsudation in deren Size, welcher zum Theil wen-

igstens von der Art des Productes abhängt, indem die seröse und die die Häute verdikende Exsudation an jeder Stelle vorkommen kann, die adhäsive fast nur an der Convexität sich findet, die granulirte stets vorzugsweise und meist ausschliesslich die Basis befällt, die gallertartige den Venen der Pia folgt und die pseudomembranös-eiterige zwar an jeder Stelle vorkommen kann, aber an Häufigkeit und Intensität auf der convexen Fläche des Gehirns überwiegt. Als Hauptunterschiede in Betreff des Sizes können hervorgehoben werden:

die local beschränkte Meningitis, welche jede Art des Exsudats zeigen und jede Stelle einnehmen kann;

die Meningitis der Convexität, welche überwiegend häufig plastisch-eiterig ist;

und die Basilarmeningitis, welche überwiegend häufig granulirt erscheint.

3) Ist ein zwar nicht scharfer, aber doch in ausgeprägten Fällen sehr wesentlicher Unterschied der des Verlaufs. Es kann wohl jede Art des Exsudats und das Exsudat an jeder Stelle acut und chronisch vorkommen; doch ist die pseudomembranös-eiterige und die granulirte Meningitis, ist überhaupt die ausgebreitete Form der Exsudation in der unendlich überwiegenden Mehrzahl der Fälle acut oder selbst höchst acut, die adhäsive, verdikende und wässerige Exsudation sehr überwiegend chronisch und überhaupt die local beschränkten Exsudationen häufiger chronisch als acut.

Die Differenzen der Exsudationen in der Pia können zwar mit ziemlicher Schärfe, wenigstens in der Leiche, unterschieden werden; doch kommen auch Mittelformen vor, bei welchen eine bestimmte Stellung unmöglich ist. Auch ist es gar nicht selten, dass mehrere Formen von Exsudat in einem Falle vereinigt sind, wobei es oft willkürlich bleibt, welche man als die wesentlichere und wichtigere betrachten will. So kann neben einer granulirten Meningitis nicht nur ein seröses Exsudat, wie gewöhnlich, sondern auch ein mehr oder weniger ausgebreitetes plastisch-eiteriges sich finden, und zwar in jeder Proportion, so dass das eine Mal die Granulationen, das andere Mal die plastisch-eiterigen Schichten überwiegen und noch in andern Fällen beide in ziemlich gleichem Maasse vorhanden sind. Solche Fälle machen eine strenge systematische Anordnung der Pathologie dieser Exsudationen unmöglich. Eine solche Anordnung wird aber auch weiter noch dadurch erschwert, dass sich weder von der Art des Exsudats, noch von dessen Siz ausschliesslich das Eintheilungsmoment entlehnen lässt. Zwar finden sich im Allgemeinen die diffusen (plastisch-eiterigen) Exsudationen auf der Convexität des Gehirns, die granulirten auf der Basis, und es ist daher für viele Fälle Convexitätsmeningitis und plastisch-eiterige (auch wohl als einfache bezeichnete) Meningitis identisch, und andererseits Basilarmeningitis und granulirte oder tuberculöse gleichbedeutend; doch gilt diess nur für die, wenn auch grosse Mehrzahl der Fälle, und es kann geschehen, dass unter Umständen, unter welchen eine tuberculöse Meningitis zu erwarten ist, doch die Erscheinungen einer Erkrankung der Pia der Convexität vorliegen, wenn z. B. die granulirten Absezungen sich weit gegen die Oberfläche des Gehirns hin ausbreiten, oder dass bei Individuen, deren Constitution die Gegenwart einer tuberculösen Meningitis unwahrscheinlich macht, doch die Erscheinungen auf eine meningeale Basilaraffection hinweisen, wie z. B. in den Fällen, in welchen eine locale Ursache eine purulente Exsudation an der Basis des Gehirns veranlasste. Für die Darstellung der Symptome ist es nöthig, beide Momente, Siz und Art der Exsudation in Berüksichtigung zu ziehen, und zwar bei den chronischen Formen vornehmlich die Art des Exsudats, während bei den acuten der Siz von der überwiegenden Wichtigkeit erscheint.

a. *Acute sporadische diffuse Meningitis (einfache Meningitis, Convexitätsmeningitis).*

Die Meningitis wurde erst von **Morgagni** an von andern acuten Gehirnkrankheiten getrennt. Aber nach ihm wurden noch häufig mit diesem Ausdruk andere Störungen bezeichnet, als man jezt darunter zu verstehen pflegt: namentlich verstand man zuweilen unter Meningitis die Entzündung der Dura. Viel früher als von der inneren Pathologie wurden von den Chirurgen Beobachtungen über Meningitis bekannt gemacht, allein fast durchaus ohne die Eigenthümlichkeiten der Störung hervorzuheben. **Lallemand** hat in seinem ausführlichen Werke über die Gehirnkrankheiten wenig dazu beigetragen, die Meningitis von der Entzündung des Gehirns zu unterscheiden. Dagegen haben gleichzeitig mit ihm **Parent-Duchatelet** und **Martinet** in ihrer classischen Abhandlung (Rech. sur l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale 1821) die anatomischen und symptomatischen Verhältnisse der Meningitis kennen gelehrt, wenngleich manche Beobachtungen von granulirter Ent-

zündung der Pia in ihre Betrachtung sich eingemischt haben. Gendrin (Hist. des inflammat. I. 86), Bayle (Traité des malad. du cerveau et de ses membranes 1836), besonders aber Guersant (1839 Dict. de méd. en XXX. XIX. 410) haben die Verhältnisse der diffusen Meningitis aufgeklärt und lezterer hat dieselbe zuerst der granulirten (tuberculösen) Form gegenübergestellt. Weiter sind zu nennen: Cruveilhier (Livr. VIII.), van Coetsem (Recherches cliniq. et anatomico-patholog. sur l'inflammation aigue de l'arachnoïde cérébrale etc. 1830), Andral (Clinique méd. V. 20, 1834), Rilliet und Barthez (Ueber die einfache Meningitis der Kinder 1843. Im Traité des malad. des enfans I. 626), Monneret und Fleury (Im Compend. de médec. prat. 1845. VI. 1), Neisser (Die acute Entzündung der serösen Häute des Gehirns und Rükenmarks 1845), Hope (Die Entzündung des Gehirns und der Gehirnhäute. Uebers. von Schmidtmann 1847).

I. Aetiologie.

Die diffuse Meningitis kommt primär und secundär vor. Die eine wie die andere Entstehungsweise kommt vornehmlich in den mittleren Altern, beim männlichen Geschlechte vor, ist beim weiblichen Geschlechte, im kindlichen und Greisenalter ungleich weniger häufig zu beobachten.

Nach Parent und Martinet kamen auf 88 Fälle an Meningitis kranker Männer nur 28 Weiber. Im kindlichen Alter, mit Ausnahme des ersten Lebensjahres, in welchem die einfache Meningitis allein oder fast allein sich findet, ist diese Krankheitsform weit seltener als die granulirte Meningitis. Bei Greisen kommt fast nur die traumatische Meningitis und die auf Kopferysipele folgende vor.

Die primäre Form ist in den weitaus meisten Fällen traumatischen Ursprungs oder wird wenigstens durch örtliche Einwirkungen auf den Kopf (Insolation, intensive und andauernde Einwirkung der Kälte, Druk durch schwere Kopfbedekung) hervorgebracht. In den Fällen, in welchen sie spontan zu entstehen scheint, sind meistens keine Ursachen nachzuweisen.

Die secundäre Meningitis tritt auf

entweder in Folge von Affectionen, welche im Gehirn, in den Schädelknochen, oder an der Gesichtshaut ihren Siz haben,

oder im Verlaufe beliebiger schwerer Krankheiten, bei welchen eine Betheiligung des Gesammtorganismus mehr oder weniger wesentlich ist.

Die Meningitis bildet sich häufig in Folge von Störungen des Gehirns und Veränderungen der Schädelknochen, solange diese noch symptomlos sind, aus, und obwohl sie in diesen Fällen eine secundäre Erkrankung ist, hat sie doch das Ansehen einer primären Störung und es wird oft ihre consecutive Genese erst in der Leiche erkannt. In ihrem Verlaufe zeigt sie in solchen Fällen eine vollständige Uebereinstimmung mit primärer, ohne bekannte Ursache oder traumatisch entstandener Meningitis, und lässt auch von dieser Seite her sich nicht von ihnen unterscheiden. In andern Fällen sind wohl vor dem Ausbruch der Meningitis einzelne Erscheinungen vorhanden, welche das Bestehen einer vorausgehenden schleichenden Erkrankung und die secundäre Genese der Meningitis schon während des Lebens wahrscheinlich machen, wie z. B. häufiges Kopfweh, Ohrenflüsse, Taubheit, vereinzelte Störungen der Cerebralfunctionen; doch reichen diese Symptome nicht zu einer sichern Diagnose hin. Dagegen ist es auch nicht selten, dass die Meningitis im Verlaufe einer entschieden characterisirten, mehr oder weniger schweren, acuten oder chronischen Krankheit des Gehirns, des Schädels oder der Gesichtshaut entsteht, in welchem Falle ihr Verlauf schon mehr oder weniger von dem der primären Meningitis abweicht.

Eigenthümlich aber gestalten sich die Meningiten, wenn sie im Verlaufe von schweren Erkrankungen mit tiefer Affection der Constitution auftreten, und es ist in dieser Beziehung besonders die Pyämie, es sind aber auch die eruptiven Fieber, der Typhus, die Pneumonie, die Peritonitis, die Dysenterie, allgemein gewordene Carcinome und verschiedene andere schwere Krankheiten, in deren Verlauf die Meningitis sich einstellt. Dabei tritt dieselbe entweder auf der Höhe der an und für sich zum tödtlichen Ausgang sich anschikenden Krankheit als eine Art von Terminalaffection ein, oder sie entwikelt sich zur Zeit der Besserung der primären Affection

unerwartet als Complication der schwersten Art. Nur selten dagegen tritt sie in einer frühen Periode der Entwiklung der ersten Krankheit auf, und Hirnsymptome, die in einer solchen Zeit sich einstellen, dürfen mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht auf Meningitis bezogen werden.

Was die relative Häufigkeit derjenigen Affectionen betrifft, in deren Verlauf die secundäre einfache Meningitis sich entwikelt, so geben darüber 54, aus den Veröffentlichungen der Prager und Wiener Anatomie entlehnte Fälle einige Anschauung. Die Meningitis entstand 27mal als Folge der Pyämie (darunter 9mal bei Entzündung der Umbilicalgefässe der Neugeborenen), 5mal bei Entzündungen, welche auf seröse Häute beschränkt waren, 6mal bei einfachen Pneumonieen, 2mal bei Complication der Pneumonie mit Pericarditis, Endocarditis und Peritonitis, 2mal nach Apoplexie, 2mal nach Hirnerweichung, 6mal bei tuberculösen Individuen, worunter 1mal Tuberculose des Felsenbeins, 2mal bei Mitralinsufficienzen und 2mal bei Darmcatarrhen.

II. Pathologie.

A. Das Exsudat wird vornehmlich in die Pia, deren Gefässe mehr oder weniger stark injicirt sind, und in den Subarachnoidealraum abgesezt. Es stellt in geringeren Graden einen gallertartig aussehenden, weissgrauen oder graugelben, die grösseren Gefässe umgebenden oder zwischen einzelnen Hirnwindungen angehäuften Erguss dar, während die übrige Pia mit einer trüben Flüssigkeit mehr oder weniger infiltrirt ist. In höheren Graden ist das Exsudat in den sämmtlichen Zwischenräumen zwischen den Gyris oder doch in einem grossen Theile derselben angehäuft, von gelblicher Farbe und geronnerer Beschaffenheit, während die Höhen der Windungen noch frei davon oder nur mit einer durchsichtigen und dünnen Schicht belegt sind. In den höchsten Graden findet sich eine zusammenhängende gelbe oder grüne, oft ziemlich derbe, oft eiterig zerfliessende Pseudomembran, welche über die ganze Convexität des Gehirns, jedoch auf beiden Hemisphären in ungleicher Massenhaftigkeit ausgebreitet ist oder auch nur eine Hemisphäre überzieht und an Masse abnehmend gegen die Hirnbasis hin sich erstrekt. In solchen Fällen kommt es zuweilen vor, dass auch auf der freien Fläche der Arachnoidea sparsame oder reichlichere Exsudatfezen abgesezt sind, ohne dass diese jedoch jemals einen der Ausdehnung in der Pia auch nur sich annähernden Umfang zeigen.

In der Basis des Gehirns findet sich meistens eine blutig-seröse oder eiterig-seröse, zuweilen auch dike purulente Flüssigkeit. Am häufigsten ist solches in dem Raume zwischen Tentorium und Kleinhirn. Das Gehirn selbst ist mit Ausnahme der Corticalsubstanz, welche gedrükt, erbleicht und zuweilen erweicht erscheint, in vollkommener Integrität. Die Ventrikel enthalten nur eine geringe Menge zuweilen trüber Flüssigkeit.

Die anatomischen Veränderungen sind die gleichen, ob die Meningitis eine primäre oder secundäre ist. Doch findet man im Allgemeinen bei solchen Meningiten, welche durch traumatische oder andere örtlich einwirkende Ursachen entstehen, sowie bei solchen, welche im Verlaufe anderer Krankheiten als eine einen neuen Symptomencomplex liefernde Complication oder Nachkrankheit auftreten, massenhaftere und zusammenhängendere Exsudationen in der Pia als bei denen, welche als Terminalaffection oder als eine der Localstörungen sehr complicirter Krankheitsformen sich ausbilden, in welchen Fällen die Meningitis sich in unmerklichen Uebergängen an das Oedem der Pia anschliessen kann, so dass nicht wenige Fälle vorkommen, bei welchen man in Verlegenheit sein kann, ob man ein terminales Oedem oder eine wirkliche Meningitis annehmen soll. Ferner ist bei traumatischen Meningiten eher die Exsudation vollständig auf die Convexität beschränkt, während bei den aus andern Ursachen entstehenden Entzündungen der Pia meist wenigstens einiges Exsudat auf der Hirnbasis und auf dem Kleinhirn sich befindet. Doch ist es eigenthümlich, dass auch in diesen Fällen die Meningitis nur in verhältnissmässig

geringem Maasse gegen die unteren Theile des Gehirns sich erstrekt und in den meisten Fällen an der Basis höchstens ein dünneiteriges Exsudat bildet. Nur solche Fälle machen eine Ausnahme, welche, obschon sie sich nach allen übrigen Beziehungen der Convexitätsmeningitis anschliessen, von Knochenpartieen an der Basis ihren Ausgang nehmen, z. B. von einer Eiterung oder von einer Caries des Felsenbeins oder von einem Sprung in der Schädelbasis. Ebenso sind bei der Meningitis der Convexität die Ventrikel des Gehirns in einem kaum bemerkenswerthen Grade betheiligt und namentlich wird ein acuter Hydrops der Ventrikel bei ihr nicht beobachtet.

B. Die primitive Meningitis, welche im Verlaufe geringfügiger oder latenter Störungen auftritt oder auch in der Reconvalescenz anderer Krankheiten, sowie nach solchen Verlezungen entsteht, welche vor der Entstehung der Entzündung der Pia keine schweren Zufälle von Seite des Gehirns veranlassten, beginnt in fast allen Fällen mit heftigem Kopfschmerz, zuweilen verbunden mit Kreuzschmerz, viel seltener mit einem Frost. Von Anfang an stellt sich sogleich ein allgemeines schweres Krankheitsgefühl, ein verstörtes Aussehen mit auffallendem Erbleichen der Gesichtsfarbe, bald mit schläferigen, bald mit aufgeregten und gespannten Zügen, eine Veränderung des Blikes, eine Empfindlichkeit gegen das Licht und eine grosse Reizbarkeit des Gehirns mit unruhigem Schlafe ein; zuweilen zeigt sich eine Injection der Bulbi. Das Bewusstsein ist erhalten, doch ist häufig einige Unbesinnlichkeit und sind langsame, zögernde, wenn auch richtige Antworten zu bemerken. Im Schlafe tritt Traumreden und wohl auch im wachen Zustand hin und wieder eine vorübergehende Verwirrung der Ideen ein. — Gemeiniglich nimmt von Beginn an die Eigenwärme des Körpers in erheblicher Weise zu, der Puls erscheint im Anfange zuweilen beschleunigt, zuweilen zeigt er eine auffallende und mit den übrigen Erscheinungen contrastirende Seltenheit. Die Respiration lässt zuweilen von Anfang an eine Ungleichförmigkeit und eine anfallsweise Beschleunigung erkennen, die Zunge belegt sich und häufig tritt Erbrechen ein.

In dieser Weise erhält sich der Zustand zuweilen in einer scheinbaren Mässigkeit und in tükischer Unbedeutendheit einige Tage, bis auf einmal und zwar zuweilen ganz plözlich eine Reihe schwerer Symptome sich einstellt. Es treten in den meisten Fällen Delirien ein, welche bald sehr heftig und sogar furibund, mit der äussersten Aufregung verbunden, bald still und murmelnd sind. Auch Krämpfe, und zwar clonische oder tonische, sind in vielen Fällen vorhanden, und in einzelnen Muskeln, vornehmlich in den Sternocleidomastoideis und den Nakenmuskeln zeigt sich zuweilen eine anhaltende Starrheit. Gewöhnlich ist in dieser Periode das Gesicht geröthet, der Puls, wenn nicht beschleunigt, doch resistent, vornehmlich an den Carotiden, oft auch unregelmässig oder intermittirend, die Respiration ist momentan und anfallsweise beschleunigt; die Wärme der Haut ist sehr beträchtlich und erscheint oft jezt schon ungleich vertheilt, indem der Kopf und Truncus heiss sich anfühlen, während die Hände und Füsse durch ihre Kälte contrastiren; der Gesichtsausdruk zeigt Schmerz und Uebelbefinden an, der Blik ist starr und abwesend.

Diese Erscheinungen der Aufregung halten gewöhnlich nur kurz an, sind oft schon nach wenigstündiger oder wenigtägiger Dauer von mehr oder weniger tiefem Sopor gefolgt, in welchem der Kranke erbleicht und

seine Gesichtszüge erschlaffen. Er zeigt zuweilen noch vorübergehend Bewusstsein, auch treten nicht selten paroxysmenweise wieder Delirien auf; aber bald fällt der Kranke in den krankhaften Schlaf zurük. Doch ist bei diesem Sopor nicht immer die Form der allgemeinen Prostration vorhanden, sondern häufig hält sich der Kranke aufrecht, macht ohne Bewusstsein viele Bewegungen und greift häufig an den Kopf. Der Ausdruk des Gesichts ist zwar in vielen Fällen der der vollsten Somnolenz, in andern bleiben jedoch die Züge schmerzhaft und gespannt. Die Hize des Truncus erhält sich, die Wärme am Kopfe aber nimmt ab; der Puls wird jezt fast in allen Fällen abnorm selten, die Respiration fast immer ungleichförmig. Lähmungen stellen sich ein, bald nur auf einer Seite, wenn die Exsudation auf einer Hemisphäre überwiegt, bald beiderseits, und auch der Unterkiefer sinkt gelähmt herab. Der Stuhl ist hartnäkig verstopft, der Harn zurükgehalten oder geht unwillkürlich ab. Der Tod erfolgt im Sopor nach einer gewöhnlich vorausgehenden, nur wenige Stunden dauernden beträchtlichen Beschleunigung des Pulses und der Respiration.

Eine Besserung der Erscheinungen und eine Wendung der Krankheit ist nur in den ersten Perioden, selten mehr nach eingetretenem tieferem Sopor, kaum jemals mehr, wenn bereits Lähmungen sich hergestellt haben und wenn der zuvor seltene Puls sich bedeutend accelerirt hat, zu erwarten. Ein Schlaf leitet die Besserung ein, und es ist oft im Anfange nicht zu sagen, ob derselbe von guter Bedeutung oder als Sopor anzusehen ist. Niemals ist der Schlaf, wenn dabei die Pulsfrequenz und die Respiration sich erheblich beschleunigen, als ein vortheilhafter anzusehen. Nach einem günstigen Schlaf erwacht der Kranke mit hellerem Bewusstsein, und wenn auch noch von Zeit zu Zeit Unbesinnlichkeit und Verwirrung der Ideen sich einstellt, so dauern diese doch kürzer und verlieren sich allmälig. Die Herstellung erfolgt aber immer nur sehr langsam und meist bleibt noch längere Zeit hindurch ein geschwächter und gereizter Zustand des Gehirns zurük.

Die Erscheinungen der einfachen diffusen Meningitis zeigen manche Verschiedenheiten, welche theils von individuellen Dispositionen abhängen mögen, zum Theil aber von dem Grade der Ausbreitung und von der Betheiligung der verschiedenen Partieen der Hirnoberfläche bestimmt zu werden scheinen. Da in dieser Beziehung jeder einzelne Fall seine eigenthümlichen Verhältnisse darbietet, so kann sich die Beziehung der Symptome zu dem anatomischen Verhalten nur auf beschränkte Erfahrungen stüzen.

In allen Fällen der einfachen Meningitis, wenn dieselbe bei einem zuvor nicht zu schwer Kranken eintritt, scheint Kopfschmerz den Beginn der Erkrankung anzuzeigen. Jener tritt zuweilen plözlich, z. B. beim Erwachen oder im Laufe des Tages ein, entwikelt sich aber in andern Fällen mehr allmälig. Nicht immer wird der Kranke dadurch sogleich so schwer afficirt, dass er zur Arbeit unfähig wird; vielmehr kann diese in einzelnen Fällen noch mehrere Tage fortgesezt werden. Auffallend ist es und durch die anatomischen Veränderungen nicht näher zu erklären, dass einzelne Kranke fast ebensosehr über Kreuzschmerzen als über den Kopf klagen.



Auch wenn bereits weitere Symptome hinzugetreten sind, so ist der Complex der Störungen in den ersten Tagen oft sehr mässig und verbirgt in trügerischer Weise oft die Gefahr; doch lässt sich die bedenkliche Krankheit zuweilen schon in dieser ersten Periode an einzelnen Umständen erkennen, namentlich an der grossen Veränderung des ganzen psychischen Verhaltens, an der Verstörtheit des Blikes, zuweilen an einem vorübergehenden Eintreten von Strabismus, an der grossen Reizbarkeit der Sinne und des Gehirns, vorzüglich aber an der Art, wie der Kranke auf Fragen antwortet, oft mitten in der Rede abwesend zu werden scheint, plözlich

zwischen richtigen Antworten eine verkehrte gibt, während doch im Ganzen sein Bewusstsein noch erhalten ist. Die Schwerhörigkeit, welche sich in einzelnen Fällen zeigt, scheint vornehmlich dann vorzukommen, wenn die Erkrankung bis in die Basis herab sich erstrekt; die Nakencontracturen und die Spannung der Sternocleidomastoidei, wodurch mehr oder weniger eine Rükwärtsbeugung oder schiefe Haltung des Kopfes bedingt wird, scheinen bei der reinen Convexitätsmeningitis nicht vorzukommen oder doch seltener zu sein, während sie in denjenigen Fällen, wo Exsudat auf der Basis und über dem Kleinhirn sich befindet, vorhanden sind, doch selten in dem Maasse, wie man sie bei der granulirten Meningitis beobachtet.

Die Temperatur des Körpers ist in der Regel erhöht und zwar fühlt sich die Haut sehr erheblich heiss an. Nur von einem Falle einer reinen und zwar traumatischen Convexitätsmeningitis vermag ich Messungen anzuführen: bei derselben war am zweiten Tage nach der Verlezung die Temperatur 32°,7 und 33°,2 und stieg am vierten Tage (dem Todestage) auf 33°,4. — eine Beobachtung, welche sehr contrastirt mit den Erfahrungen, die bei der granulirten Meningitis gemacht werden. Auch Rilliet und Barthez geben an, dass bei fünf von ihnen beobachteten Fällen das Fieber höchst intensiv war und nur bei einem dasselbe vorübergehend fehlte.

Der Puls ist zwar in einzelnen Fällen von normaler Frequenz oder erlangsamt; er zeigt aber nicht oder nur sehr vorübergehend das tiefe Sinken, welches man bei der granulirten Meningitis so gewöhnlich beobachtet, erhält sich vielmehr meist im Verlaufe der Krankheit zwischen 80 und 100 Schlägen oder noch höher und steigt vor dem Tode bis zu einer erheblichen Höhe (130—200). Dessgleichen nimmt auch die Respiration an Frequenz am lezten Tage beträchtlich zu. Doch scheinen die höchsten Zahlen von Puls- und Respirationsfrequenz wiederum mehr denjenigen Fällen anzugehören, bei welchen die Meningitis bis in die Basis sich verbreitet.

Erbrechen ist die Regel bei primitiver Meningitis und dauert zuweilen durch den ganzen Verlauf hindurch fort. Der Stuhl ist zwar meist verstopft, doch kann er auch natürlich sein oder selbst ein oder wenige Male eine dünne Ausleerung erfolgen. Der Leib ist in der Mehrzahl der Fälle oder stets, wenn keine Complication besteht, abgeplattet und selbst eingezogen.

Eine gelbe Färbung der Haut, besonders im Gesicht, wird zuweilen beobachtet. In einem Fall schien mir dieselbe in der Weise die Folge der Krämpfe zu sein, dass die während der Convulsionen eintretende Röthung des Gesichtes eine gelbe Färbung hinterliess. Wo der Icterus bei einer der Pyämie consecutiven Meningitis eintritt, hängt er wohl nicht von der Affection des Schädelinhalts ab.

Die Lähmungen treten bei der Meningitis gewöhnlich allmälig ein, so dass zuerst nur eine ungleiche Kraft in den Bewegungen, zumal des Armes, eintritt, und gemeiniglich vervollständigt sich die Paralyse in der folgenden Nacht.

Der Tod tritt in intensiven Fällen sehr frühzeitig, meist in der ersten Woche ein. Nur bei solchen Meningiten, welche Anfangs einen etwas lentescirenden Verlauf nehmen, erfolgt durch die Verzögerung der ersten Periode das tödtliche Ende spät und kann selbst in die dritte und vierte Woche fallen. Wenn dagegen nach Ausbruch der schweren Zufälle, wie der Delirien, des Coma, der Convulsionen, der Tod nicht binnen wenigen Tagen erfolgt, so kann ein günstiger Ausgang mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit erwartet werden. In einem Falle beobachtete ich die Besserung am siebenten Tage. Tritt die Wendung zur Besserung schon in den ersten Tagen ein, so ist eine sichere Diagnose kaum möglich. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt die Besserung erst nach zwei bis vier Wochen. Die Wendung zur Besserung ist selten eine plözliche: so war sie es in dem Falle, wo sie am siebenten Tage erfolgte, in welchem nach der vierten örtlichen Blutentziehung sofort eine Verminderung des Kopfschmerzes und eine geringere Empfindlichkeit der Nakenmuskel eintrat, der 17jährige Kranke das erste Mal nach unter Delirien verbrachten Nächten ziemlich ruhig schlief und vom andern Morgen an die Besserung rasche Fortschritte machte.

Die einfache Meningitis lässt Verwechselungen zu nicht nur mit andern acuten Erkrankungen des Gehirns, sondern auch mit manchen extracephalen Krankheiten, und wenn auch in vielen Fällen mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit die Diagnose gestellt werden kann, so kommen doch nicht wenige vor, in welchen sie in hohem Grade zweifelhaft bleibt. Was die Unterscheidung von andern Gehirnaffectionen anlangt, so entsteht, eine acute heftige Erkrankung des Gehirns vorausgesezt, vornehmlich die Aufgabe, die Meningitis von heftiger Hirnirritation, von intensiver Anämie und Hyperämie des Gehirns, von Meningoencephalitis, von Entzündung der Hirnrinde und von granulirter Meningitis zu unterscheiden. Die Umstände und Ursachen des Falles sind häufig von der Art, dass die Diagnose dadurch wesentlich erleichtert wird: wenn nämlich eine traumatische Ursache oder eine starke andere örtliche Einwirkung auf den Schädel (Insolation) vorangegangen ist, wenn

das Bestehen einer chronischen Affection der Schädelknochen, besonders auch des Felsenbeins. aus irgend einem Grunde wahrscheinlich ist, z. B ein Ausfluss aus dem Ohr oder Taubheit auf irgend einer Seite schon längere Zeit besteht, wenn die Erkrankung nach einer rasch verschwundenen Hautaffection sich ausbildet, wenn sie im Verlaufe der Entzündung einer serösen Haut entsteht, wenn eine chronische Hirnkrankheit nicht tuberculöser Art ihr vorangegangen ist, so ist zum Voraus die Wahrscheinlichkeit für eine einfache Meningitis gross, es sei denn, dass andere Umstände das Gewicht der genannten aufheben. Im Gegentheil können die Umstände des Falles die Annahme einer Meningitis unwahrscheinlich machen: so z. B. wenn die Gehirnzufälle im Verlaufe einer Tuberculose oder überhaupt bei Individuen, an welchen Tuberkelabsezungen sich nachweisen lassen, eintreten, wenn sie bei hysterischen und bei andern zu functionellen Hirnstörungen geneigten Individuen auftreten. — Der Verlauf der Affection gibt weitere Aufschlüsse, indem jede flüchtige, wenn auch noch so heftige Erkrankung des Gehirns, jede in ihren Symptomen sehr wechselnde, starke Remissionen machende, aber auch jede sehr protrahirte Erkrankung desselben die einfache Meningitis mit Wahrscheinlichkeit ausschliesst und diese am ehesten anzunehmen ist, wenn nach einem höchstens mehrtägigen milderen Verlaufe der Symptome diese in rascher und stätiger Steigerung zunehmen und entweder zum Tode führen oder im Falle der Besserung wenigstens mehrere Tage in aller Heftigkeit sich erhalten. — Einzelne Symptome machen das Vorhandensein einer einfachen Meningitis überwiegend wahrscheinlich: namentlich das ziemlich eigenthümliche Verhalten der psychischen Functionen in der ersten Zeit, die späteren heftigen Ausbrüche, welche jedoch von kurzen Beruhigungen und selbst zuweilen von einer Aufhellung des Bewusstseins unterbrochen sein können, wenn auch die übrigen Zufälle in gleichem Maasse fortdauern, die erhebliche Steigerung der Temperatur neben den Zufällen, welche auf eine lotale Hirnerkrankung hindeuten (Kopfschmerz, Delirien, Sopor, Nakencontracturen, Erbrechen); die Beschaffenheit der Pulsfrequenz neben denselben Symptomen, die ungleichmässige Respiration ohne eine nachweisbare locale Störung in der Brust.

Unter den extracephalen Erkrankungen wird die Meningitis am häufigsten verwechselt mit Typhus, mit acuter Tuberculose, mit gewissen Formen der Malariakrankheit, mit einzelnen Gestaltungen der Pyämie, mit der durch Unterdrükung der Harnsecretion herbeigeführten Gesammtstörung, ja selbst zuweilen mit einzelnen Localaffectionen, bei welchen das Gehirn hin und wieder consensuell schwer ergriffen ist (Pneumonie, Pericarditis, acuter Rheumatismus). Auch das Säuferdelirium kann sich zuweilen in solcher Weise darstellen, dass das Vorhandensein einer Meningitis in Frage kommt. Endlich imponiren zuweilen die Gehirnzufälle bei acuten Exanthemen, vornehmlich bei Scharlach, für eine Meningitis. In allen diesen Fällen kann entweder die Verwechselung darin bestehen, dass man die wesentliche Krankheit verkennt und den Symptomencomplex einfach als Meningitis deutet, was jedoch bei genauerer Aufmerksamkeit und namentlich bei fortgesezter Beobachtung nur ausnahmsweise und bei besonders ungünstigen und verwikelten Verhältnissen des Falles geschehen kann: es lassen sich zur Vermeidung dieser Fehlschlüsse daher auch keine allgemeinen Regeln geben. Oder der diagnostische Missgriff besteht darin, dass man neben der extracephalen Krankheit eine complicirende Meningitis annehmen zu müssen glaubt, während die Hirnsymptome nur von constitutioneller oder sympathischer Reizung oder Paralyse des Gehirns abhängen: nach dieser Seite hin ist die Frage, ob wirklich eine Meningitis die genannten Erkrankungen complicire oder nicht, oft ausserordentlich schwierig oder gar nicht mit Sicherheit zu beantworten. Man wird nur dann die Annahme einer solchen Complication rechtfertigen können, wenn mitten im Verlaufe einer fieberhaften und mit grosser Pulsfrequenz verbundenen Erkrankung, beim Auftreten von Hirnsymptomen der Puls auf einmal langsam wird, wenn entschiedene Nakencontracturen sich einstellen, wenn neben Hirnsymptomen ein auf andere Weise nicht erklärliches Erbrechen auftritt, wenn zu einer Zeit, wo die primäre Krankheit noch nicht einem schlimmen Ende sich zuzuwenden scheint, Strabismus und Paralysen sich herstellen oder neben einem auffallenden psychischen Benehmen die Pupillen auf einmal eine ungewöhnliche Erweiterung zeigen.

C. Die secundäre Meningitis, welche zu schweren Verlezungen am Schädel, zu andersartigen Affectionen des Schädelinhalts, wenn sie bereits die Functionen des Gehirns wesentlich beeinträchtigt haben, tritt, oder welche im Verlauf verschiedener schwerer Erkrankungen anderer Organe sich entwikelt, beginnt meist in mehr unmerklicher Weise. Es scheint,

dass nicht selten ein Exsudat bereits sich hergestellt hat, ehe die neue Erkrankung sich durch Symptome kundgibt. Auf einmal wird eine auffallende Stumpfheit des Kranken, ein Erblassen und Erschlaffen der Gesichtszüge bemerklich, zuweilen klagt er über Kopfweh, zuweilen nicht, kaum zeigt er etwas stilles Irresein, zuweilen einige Starrheit der Glieder; nur ausnahmsweise tritt Erbrechen ein, der Puls zeigt sich meist normal, zuweilen mässig beschleunigt oder erlangsamt, die Wärme der Haut ist nur wenig erhöht. Rasch nimmt die Schlummersucht überhand, der Kranke verfällt in immer tiefere Unbesinnlichkeit, es wird ihm schwer zu articuliren, die Zunge wird schwer beweglich und troken, die Auglider und die Kinnlade hängen herab, zuweilen bildet sich eine einseitige Lähmung des Antlizes und Strabismus, die Extremitäten werden auf einer Körperhälfte oder auf beiden gelähmt, der Kranke verfällt in tiefes Coma und geht unter schliesslicher Beschleunigung des Pulses und Unregelmässigwerden der Respiration wohl in allen Fällen zu Grunde.

III. Therapie.

Nur in traumatischen Fällen ist durch Berüksichtigung der Ursache, welche die Krankheit hervorgerufen hat, zuweilen ein Coupiren der begonnenen Meningitis zu erwarten. Aber auch in solchen Fällen ist meistens die Rüksichtnahme auf die Ursachen (Wegnahme eines Splitters, Trepanation etc.) zu spät, wenn die Meningitis entschiedene Symptome macht. — Dagegen ist in allen Fällen eine Abhaltung aller derjenigen Umstände nothwendig, welche das Gehirn in irgend einer Weise reizen oder auf andere Art den Process steigern. Namentlich ist in dieser Beziehung auf vollkommene Ruhe und Abhaltung aller Sinneseindrüke, auf kalte Temperatur des Locals und auf Entfernung aller Nahrungsmittel zu achten. Die directe Behandlung einer acuten Meningitis, wenn überhaupt irgend eine Aussicht auf Herstellung denkbar ist, verlangt die intensive Anwendung von Mitteln und Methoden, die Blutmenge des Schädelinhalts zu vermindern, namentlich starke und wiederholte örtliche Blutentziehungen, strenge und andauernde Einwirkung der Kälte auf den Kopf. Alle übrigen Mittel können in der ersten Zeit der Krankheit nur als Beihilfen angesehen werden: so die Venaesection bei kräftigen und plethorischen Subjecten, die Anwendung von Calomel und andern Purganzen, die Einreibungen von Queksilbersalbe in den Naken oder in den ganzen Körper, deren Wichtigkeit sehr zu bezweifeln ist, die geschärften Cataplasmen auf entfernte Theile des Körpers, die Vesicatore, welche übrigens wahrscheinlich ohne allen Nuzen sind, die Anwendung von beruhigenden Mitteln, wie Morphium, Digitalis, welche bei grosser Aufregung oft nicht entbehrt werden können, der Gebrauch eines kühlen oder lauen Bades neben fortgesezten Eisüberschlägen über den Kopf, wobei ebenfalls zuweilen eine erwünschte Beruhigung erzielt wird. — Bei höchst intensiver Aufregung und noch mehr bei tiefem Sopor kann zuweilen eine kalte Uebergiessung mit günstigem Erfolge versucht werden, und man sieht bisweilen im ersteren Falle das wilde Delirium sich ermässigen und Schlaf eintreten, während man im zweiten Falle eine Wiederkehr des Bewusstseins hin und wieder beobachtet. Alle innerlichen

Reizmittel, zu denen man der zunehmenden Erlahmung wegen in späteren Stadien sich veranlasst fühlen könnte, sind ohne allen Zweifel ganz nuzlos.

Die Anwendung der Kälte und der örtlichen Blutentziehungen am Kopfe ist bei der Meningitis das wichtigste Verfahren; und zwar darf man mit dem energischen Gebrauch dieser Mittel nicht warten, bis die Diagnose unzweifelhaft ist. Denn wenn auch in solchen Fällen, wo bei noch unsicherer Diagnose die Krankheit durch Anwendung jener Mittel gebrochen wird, der Einwurf nahe liegt, man habe eine Affection behandelt, welche gar keine Meningitis gewesen sei und welche auch ohne starke Eingriffe in Gesundheit übergegangen wäre, so steht der Nachtheil, unnöthiger Weise Mittel, welche selten einem Kranken schaden dürften, angewandt zu haben, in keinem Verhältniss zu dem, die einzige Zeit, in der eine erfolgreiche Therapie erwartet werden kann, verpasst zu haben. Im Speciellen darf mit der Anwendung der energischen localen Antiphlogose nicht gezögert werden, sobald zu einem intensiven Kopfschmerz ein auffallend verstörtes Aussehen mit Erlangsamung des Pulses und mit Unbesinnlichkeit und Verwirrung der Ideen tritt, vorausgesezt, dass das Individuum nicht chronisch in einem Zustande sich befunden hatte, welcher diese Symptome als weniger erheblich erscheinen lässt. — Die Kälte ist mit Consequenz und Energie anzuwenden in Form von Eisüberschlägen, welche am besten auf den geschorenen Kopf applicirt werden. Indessen gibt es Kranke, bei welchen eine so intensive Kälte aufregend auf das Gehirn wirkt: in solchen Fällen muss erst mit milderen Graden begonnen und dadurch die Toleranz für intensivere allmälig gewonnen werden. — Die örtliche Blutentziehung steht an Wirksamkeit der Kälte am nächsten, und es ist bei aufmerksamer Beobachtung ihr nützlicher Einfluss auf Ermässigung der Symptome nicht zu verkennen. Zuweilen sieht man unmittelbar nach einer örtlichen Blutentziehung die Wendung zur Besserung eintreten. Auch die örtliche Blutentziehung darf nicht zu sparsam vorgenommen werden; indessen scheint es, wenn das Individuum nicht besonders kräftig und vollblütig und der Kopf nicht in hohem Grade heiss ist, zwekmässiger zu sein, mässig grosse Blutentziehungen (8—16 Blutegel) in raschen Wiederholungen (2—4mal des Tags) statt einer grösseren einmaligen anzuwenden, obwohl die Nüzlichkeit der lezteren für manche Fälle nicht in Abrede gezogen werden kann. — Die Venaesection erscheint nur in dem ersten Stadium und bei entsprechender Individualität von unterstüzender Wirkung. Das über die frühzeitige Anwendung der Mittel Gesagte gilt in vollem Maasse auch von ihr. — Unter den übrigen Mitteln ist die Anwendung des Calomels nicht ganz gering zu achten, wenn auch die Ansicht, welche ein Specificum in demselben gegen die Meningitis zu sehen geneigt ist, nicht getheilt werden kann. Auch bei der Anwendung des Calomels ist eine mildernde oder selbst heilende Wirkung um so eher zu erwarten, je zeitiger es gebraucht wird, und es ist dieses Mittel in den meisten Fällen fast noch frühzeitiger in Anwendung zu bringen, als man zur energischen localen Antiphlogose zu schreiten Veranlassung hat. — Die kalten Uebergiessungen, welche man freilich in den meisten Fällen nur als leztes Mittel gebraucht, sind nichtsdestoweniger einzelne Male von einem überraschenden Erfolg, und man sieht durch sie ebensowohl den Furor sich brechen, als den tiefen Sopor weichen. Dagegen kann nicht gesagt werden, unter welchen Umständen man die Hoffnung auf diesen Erfolg haben könne.

b. Partielle purulente Meningitis.

Partielle purulente Meningiten kommen, wie es scheint, nur consecutiv oder nach traumatischer Ursache vor. Doch sind die vorausgehenden Verlezungen und Störungen zuweilen so geringfügig und die lezteren in manchen Fällen so latent, dass die Beziehung der nachfolgenden Entzündung auf sie angefochten werden kann. Von Verlezungen sind namentlich mässige Erschütterungen des Kopfes durch Schlag, Fall, selbst durch Erschütterungen des ganzen Körpers zuweilen die Ursache der localen purulenten Meningitis. Unter den Störungen, welche der localen Meningitis vorausgehen, sind namentlich die Knochenaffectionen des Schädels und die Tuberkel des Gehirns und der Hirnhäute hervorzuheben, obwohl auch jede andere chronische Erkrankung des Gehirns, wenn sie bis zur Rinde reicht,

oder der Hirnhäute selbst zu einer purulenten Absezung in der Pia führen kann.

Besonders häufig wird eine partielle Meningitis bedingt durch Caries des Felsenbeins; ferner scheint sie sich zu einer mässigen granulirten Absezung in der Pia, welche an sich keine oder wenig Symptome macht, zuweilen hinzuzugesellen. — Fälle, welche man häufig als Formen der tuberculösen Meningitis aufführen sieht, obwohl offenbar die Granulationen in der Pia alt und von untergeordneter Wichtigkeit sind und das hinzugetretene purulente Exsudat den wesentlichen Theil der Erkrankung darstellt.

Die purulente Localmeningitis kann an jeder Stelle der Pia vorkommen, je nachdem die topische Ursache gewirkt hat. Doch scheint sie häufiger an der Basis des Gehirns ihren Siz zu haben (einfache Basilarmeningitis, Meningitis mesencephalica), wahrscheinlich desswegen, weil dort häufiger die wirkenden localen Ursachen sich befinden.

Ein mehr oder weniger reichliches, bald flüssiges, bald eingediktes eiteriges Exsudat findet sich an einer mehr oder weniger umschriebenen Stelle der Pia, besonders reichlich an den Stellen der Basis, wo die zarten Hirnhäute loker und brükenartig über die Vertiefungen des Gehirns herspannen; auch befindet es sich zuweilen in beschränkter Weise an einem der gröberen Einschnitte, welche sich am Gehirn zeigen, seltener in einer oder mehreren der Vertiefungen zwischen den Gyri.

Hat das Exsudat an der Basis seinen Siz, so ist ein subacuter oder chronischer Hydrops der Ventrikel gewöhnlich damit verbunden.

Die partielle purulente Meningitis hat einen überwiegend chronischen Verlauf und in der ersten Zeit nur unbeträchtliche, keine scharfe Deutung zulassende Erscheinungen: namentlich Kopfschmerzen, welche bald anhaltend, bald intermittirend sind, Schmerzen und Spannung im Naken, Hize daselbst, Störungen des Gesichtsinns, mässige Beeinträchtigung der Hirnfunctionen, unruhigen und gestörten Schlaf, zeitweise oder dauernde Mattigkeit, in Exacerbationen sich steigernd, zuweilen convulsivische Bewegungen, Verlust des Appetits, hin und wieder Erbrechen, rasche Abmagerung und zuweilen ein auffallend blasses und fahles Aussehen, das aber gleichfalls wechselnd sich darstellt. Ein solcher Zustand kann Wochen und Monate lang fortdauern, allmälig sich steigern oder auch plözlich zu schweren Symptomen sich entwikeln, welche dann keinen Unterschied von dem lezten Stadium der einfachen oder granulirten Meningitis erkennen lassen.

Eine bestimmte, auf diese Affection speciell sich beziehende Therapie ist darum nicht anzugeben, weil in der früheren lentescirend verlaufenden Periode die Diagnose nicht gemacht werden kann und nur symptomatisch, wie bei allen chronischen, nicht diagnosticirbaren Störungen des Gehirns zu verfahren ist. In der lezten Periode aber, wenn bereits schwere Zufälle ausgebrochen sind, ist eine Herstellung nicht mehr zu erwarten.

Folgender Fall erläutert den Verlauf und den Symptomencomplex der partiellen purulenten Meningitis:

F. M., 50jähriger Instrumentmacher, litt vor 11 Jahren 5 Wochen hindurch an einer mit sehr heftigen Schweissen verbundenen Krankheit. Seit 5 Jahren hat derselbe alle Monate 2—3mal Schmerzen in der Stirn, die gewöhnlich Nachts oder Morgens beginnen und bis gegen Abend anhalten, aber nie bis zur Nacht fortdauern; dabei sah er blass und fahl aus, war appetitlos, musste gewöhnlich seine Arbeit aussezen oder sich sogar zu Bett legen; Brechen war dabei niemals. Seit etwa 12 Wochen wurden diese Schmerzanfälle häufiger und heftiger. Am 5. Mai 1853

fühlte er sich sehr matt, bekam Nachmittags Frost, schmerzhaften Husten, heftigen Durst und Appetitlosigkeit; der Schlaf war gestört und der Stuhl verstopft. Diese Zufälle minderten sich nach 4—5 Tagen wieder und der Zustand wurde von dem früher behandelnden Arzt als in voller Besserung begriffen erklärt, als ganz plözlich und unerwartet in der Nacht vom 11ten zum 12ten Delirium mit grosser Unruhe, Jactatio und gänzlicher Bewusstlosigkeit eintrat. Der Kranke wurde am 12ten Vormittags 11 Uhr ins Hospital gebracht mit kleinem, äusserst frequentem Puls, heissem, cyanotischem und geschwollenem Gesicht und geberdete sich so gewaltsam mit Umsichschlagen, dass er in die Zwangsjake gestekt werden musste. Nach kalten Ueberschlägen wurde er etwas ruhiger, es zeigten sich nur leichte Zukungen in einem Arm, während alle übrigen Theile mehr und mehr erschlafften; das Athmen wurde mühsam und er starb drei Stunden nach seiner Anwesenheit im Hospitale. — Auf der Basis des Gehirns, an der dem Türkensattel entsprechenden Stelle, befand sich eine eiterige Flüssigkeit in flacher Schicht im Subarachnoidealraum. Die Pia war getrübt und injicirt und enthielt einige kleine zerstreute Blutergüsse. Die Knochensubstanz des Türkensattels war etwas blutreicher als gewöhnlich, jedoch an ihrer Oberfläche glatt. Die Dura daselbst liess eine narbenartig eingezogene Stelle von blassviolettbräunlicher Färbung in ihrer ganzen Dike bemerken. Die Hirnsubstanz normal; die Ventrikel wenig Flüssigkeit enthaltend; die Häute der Convexität ohne Anomalie und die gewöhnliche Blutmenge zeigend. An dem mittleren und unteren Lappen der rechten Lunge frische pleuritische Adhäsionen mit einer beschränkten, etwa 1□″ grossen rothen Hepatisation, in deren Mitte drei kleine, erbsen- bis kirschkerngrosse Abscesse.

Ein Fall von Cruveilhier (Livr. VI. Pl. 1 und 2, pag. 7) gibt gleichfalls ein gutes Bild dieser Affection. Ein 8jähriger Knabe mit grossem Schädel und entwikelter Intelligenz beklagte sich von Zeit zu Zeit über leichten Kopfschmerz und Nebel vor den Augen, welche Zufälle beim Gehen sich vermehrten. Er zeigte oft fliegende Hize, schlechten Schlaf und ein träumerisches Wesen. Sechs Wochen lang dauerte dieser Zustand fort. Dann wurde der Knabe schweigsam, blieb Tage lang, ohne ein Wort zu sagen, war aber andere Male auch wieder heiter und beschäftigte sich mit Lesen; er klagte nicht mehr und wenn man ihn fragte, was ihm fehle, so zeigte er auf die obere Stirngegend. Der Appetit fehlte theils ganz, theils war er auf Dinge gerichtet, die er früher nicht liebte: Gewürze, Wein, Säuren, und diese Gelüste schienen immer bizarrer und ungestümmer zu werden, wurden aber oft durch den blossen Anblik der Gegenstände befriedigt. Der Knabe magerte rasch ab. Der Puls war bald äusserst frequent und klein, bald natürlich. Allmälig wurden die Nächte immer unruhiger; der Kranke schrie oft: „ma tête, ma tête!“ Zeitweise behauptete er vollkommen gesund zu sein; aber der Kopfschmerz kehrte zurük. Auf einmal, mehr als zwei Monate nach dem Anfang der Symptome, verschlimmerte sich der Zustand in der heftigsten Weise: Gesicht bald roth, bald blass, Respiration frequent und erschwert, Heisshunger, der ihn Alles verschlingen lässt, was man ihm gibt, hartnäkige Verweigerung der Antworten, unwillkürliche Stühle. Den Tag darauf Sopor, Unbeweglichkeit, fast gänzliche Unempfindlichkeit gegen alle Eindrüke auf die Haut, bei natürlichen Pupillen ungleiche Oeffnung der Augen, Unfähigkeit zu schlingen und gänzliche Bewusstlosigkeit. Am Tage des Todes vorübergehende Rükkehr des Bewusstseins, Versuche zu antworten, aber gänzliche Unempfindlichkeit. Rascher Tod durch Lungenödem. — Die Pia der Convexität serös infiltrirt. In der grossen Excavation der Basis war eine dike Schicht consistenten Eiters unter der Arachnoidea abgelagert und blieb beim Abnehmen der zarten Hirnhäute an diesen hängen. Die Seitenventrikel enthielten eine ziemlich grosse Menge klarer Flüssigkeit und waren dilatirt. Miliartuberkel in den Lungen, in der Leber und Milz, und einzelne lymphatische Drüsen tuberculös.

c. Die epidemische Meningitis (Cerebrospinalmeningitis).

Es ist zweifelhaft, ob die epidemische Meningitis in früheren Zeiten beobachtet wurde. Wenn auch Epidemieen früher vorgekommen sein mögen, so ist ihre Natur doch nicht erkannt und sind sie erst nachträglich als solche gedeutet worden. Mit Bestimmtheit wurde die Affection zuerst bei einer im Département de Landes aufgetretenen Epidemie beobachtet und die erste Nachricht über sie von Lamotte und Lespès (Aus dem Récueil des travaux de la société de la médecine de Bordeaux 1838. In Gaz. méd. C. VI. 441) geliefert. Sehr bald häuften sich die Beobachtungen: namentlich wurde von Faure-Villars (Récueil des mémoires de méd., chir. et pharm. milit. XLVIII. und Gaz. méd. B. VII. 465) über eine ähnliche Epi-

demie von Versailles, ferner von Lefèvre (1840 Ann. maritim.) über die Epidemie von Rochefort, von Wunschendorf (Essay sur la méningite encéphalo-rhachidienne 1841), von Forget (Gaz. méd. B. X. 225 durch eine Reihe von Nummern) und von Tourdes (Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale 1843) über die Epidemie von Strassburg, ferner von Chauffard (Rév. méd. 1842. pag. 190) über die von Avignon, von Schilizzi (1842) über die von Aigues-Mortes, von Rollet (de la méning. cérébro-rhachidienne et de l'encéphalo-méningite épidémiques 1844) über die von Nancy berichtet. Eine umfassende Darstellung nach officiellen Documenten wurde von Cas. Broussais (Mém. de méd. milit. LIV.) und einzelne kleinere Notizen von mehreren andern Beobachtern geliefert. Ueber eine Epidemie aus den Jahren 1843 und 1844 berichtete Gaultier de Claubry (Mém. de l'acad. de méd. XIV, 155), über einige in Africa (Duera) vorgekommene Fälle Magail (Mém. de méd. mil. LIX.) und Chayron (Relation d'une épid. de mén. cérébrospinale en Afrique 1850), über eine Epidemie in Dublin Mayne (Dubl. Quart. Journ. III. 95), über die neueren Epidemieen in Lyon: Mouchet (Gaz. méd. C. II. 271), in Orleans: Corbin (Gaz. méd. C. III. 435), in Nimes: Falot (Gaz. de Montpellier Mai 1848), in Lille: Maillot (Gaz. méd. C. III. 845), in Paris: Lévy (Gaz. méd. C. IV. 830), in Toulon: Giraud (sur la mén. rachid. épidémique obs. en 1851). — Vergl. auch Boudin's resumirend-theoretische Abhandlungen (Arch. gén. D. XIX. 385. XX. 442, XXI. 154 u. 433), in welchem er sich bemüht, die Identität der Cerebrospinalmeningitis mit den Epidemieen von 1814 zu beweisen und die Krankheit als cerebrospinale Form des Typhus angesehen wissen will.

I. Aetiologie.

Die epidemische Meningitis wurde vorzugsweise in Frankreich beobachtet. Die Ursachen der Entstehung und Ausbreitung der Epidemie, ihres Umzugs und Erlöschens sind gänzlich unbekannt. Keine atmosphärischen Verhältnisse begünstigten oder verhinderten sie, sie herrschte zu allen Jahreszeiten. Contagiöse Mittheilung scheint nicht stattzufinden. Die Krankheit befiel in der Mehrzahl der Fälle die Garnisonen und unter diesen überwiegend die jüngeren und neu eingetretenen Individuen. Ueberanstrengungen schienen zuweilen den Ausbruch zu determiniren. In der übrigen Bevölkerung wurden Männer und Weiber in ziemlich gleichem Maasse, kräftige Constitutionen mehr als mittlere und schwächliche, hauptsächlich die arbeitenden Classen, doch auch andere befallen; kein Alter wurde verschont, doch das kindliche und jugendliche am meisten ergriffen.

Diese interessante Seuche wurde zuerst in Bayonne im Jahre 1837 beobachtet und war, wie Manche glaubten, aus Spanien über die Pyrenäen eingedrungen. Von da aus verbreitete sie sich in die Gegend von Dax, zeigte sich in den Garnisonen von Bordeaux und Rochelles und bald darauf (1839) in denen von Versailles und St. Cloud, wo sie bis zum Jahre 1842 fortdauerte. Von da an zog sie einerseits gegen Caën und Cherbourg, andererseits gegen Lothringen und Elsass, verbreitete sich überdem gegen den Süden, wo sie eine Anzahl von Städten heimsuchte und im Jahr 1841 erlosch. Ziemlich zu gleicher Zeit aber mit dem Beginn in Bayonne und Dax scheint eine selbständige Epidemie in Narbonne und Foix ausgebrochen zu sein, welche sich nach Nimes und von da nach Avignon, Lyon ausbreitete, andererseits nach Perpignan vordrang, dort den Winter 1840—1841 herrschte und den folgenden Winter in Aigues-Mortes endete. Im Jahre 1843 und 1844 wurden abermals Epidemieen in den Departements von Seine-Marne und Haute-Loire beobachtet, welche im März 1844 ihr Ende erreichten. Weniger sicher sind die Mittheilungen über die Ausbreitung der Seuche in benachbarten Ländern; doch scheint es gewiss zu sein, dass sie in Savoyen und im Königreich Neapel auftrat, wenn auch meist unter andern Namen beschrieben wurde, z. B. als Tifo apoplettico-tetanico; vielleicht ist auch die sogenannte Chorea electrica, welche in der Lombardei endemisch beobachtet wurde, hieher zu rechnen. Im Jahr 1845 kam die Krankheit in kleineren Epidemieen in Africa, 1846 in mehreren Arbeitshäusern und Hospitälern Dublins, jedoch in weniger ausgedehnten Epidemieen vor. Aufs Neue brach die Krankheit in Frankreich in den Jahren 1846—49 aus: 1846 in Montpellier und Grenoble, 1847 in Lyon, im Winter 1847—48 in den Garnisonen von Orleans und Nimes, im Frühjahr 1848 in

Lille, 1848 in Metz, 1848 im Gefängniss la Force, 1848—49 im Pariser Val de Grace. Auch im Jahre 1851 zeigte sich wiederum eine kleinere Epidemie (in Toulon).

Die Andauer der Seuche an den einzelnen Orten betrug meist nur einige Monate. In Versailles allein wurde sie gewissermaassen endemisch, indem während vier Jahren immer von Neuem Fälle daselbst auftraten.

Bei ihrem Umzuge verfolgte die Seuche keine bestimmte Richtung, wich oft plözlich nach verschiedenen Seiten zumal ab, blieb bald lange an einem Orte, bald kam sie auf ihre alten Wege zurück (z. B. wiederholt in Bayonne, Avignon etc.), bald trat sie plözlich in entfernten Gegenden auf. Sie trat nirgends in sehr zahlreichen Erkrankungen auf: das Maximum mit 234 Erkrankungen wurde in Strassburg beobachtet; an vielen Orten zeigte sie sich nur als kaum epidemisch zu nennende Cumulation übereinstimmender Fälle.

Man hat die Krankheit zu allen Jahreszeiten beobachtet: im hohen Winter wie im höchsten Sommer; sie begann bald im Herbst, bald im Frühjahr. Namentlich herrschte sie in den Landes im Winter, Frühjahr und Sommer, in Rochefort vom December bis März 1839, in Versailles vom Februar bis Juli, in Metz vom December bis Juni, in Aigues-Mortes vom November bis März, in Strassburg begann sie im October in den Garnisonen, im Frühjahr in der Stadt.

Sichere Beispiele einer Einschleppung durch Kranke liegen nicht vor, obwohl Boudin in einigen Fällen die Translocation der Truppen als Ursache der Verbreitung ansehen will (p. 387). Ebenso hat er einige Fälle zusammengestellt, welche für eine contagiöse Mittheilung zu sprechen scheinen. Aber die Verbreitung in der Civilbevölkerung war wenigstens von der Art, dass nirgends Ausgangspunkte der Seuche gefunden werden konnten. In Strassburg kamen in 54 Strassen Todesfälle vor, aber nur in zweien je 4, in 12 je 2 und in 40 nur je einer. Bei einer so gleichmässigen Verbreitung kann kaum eine Contagion angenommen werden. Freilich bildet hiemit das ausserordentliche Ueberwiegen der vorgekommenen Fälle in den Garnisonen einen höchst merkwürdigen Contrast, der in keiner Weise aufgeklärt ist; denn nur in sehr wenigen Orten (Dax, Avignon, Strassburg, Rambouillet, Nancy, Aigues-Mortes) herrschte die Seuche gleichzeitig, nachträglich oder ausschliesslich in der Civilbevölkerung.

Unter den Soldaten wurden ganz überwiegend die Recruten befallen, bei welchen überdem die Krankheit gefährlicher war. In Versailles erkrankten 52 alte Soldaten und starben 11, 104 Recruten und starben 53. Die Officiere blieben überall verschont. Am meisten schienen bei jenen die Anstrengungen beim Exerciren Ursache der Krankheit zu sein: auch Trunkexcesse gaben häufig zur Erkrankung Veranlassung; doch war in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nichts aufzufinden, was den Ausbruch veranlasste.

In der Civilbevölkerung zeigte sich eine ziemlich gleiche Vertheilung der Todesfälle bei Männern und Weibern. — In Betreff des Alters kamen in Strassburg im 1sten Lebensjahre 3, im 2ten und 3ten 6, im 4—7ten 11, im 8—14ten 13, im 15—21sten 21, im 22—28sten 8, im 29—35sten 9, im 36—42sten 4, im 43—50sten 8, im 51—60sten 4 und im 61—70sten 3 Todesfälle durch die Krankheit vor. — Auch bei der Civilbevölkerung war in der Mehrzahl der Fälle durchaus keine Ursache der Erkrankung aufzufinden.

II. Pathologie.

A. In der überwiegenden Mehrzahl der tödtlich verlaufenden Fälle findet man unter der Arachnoidea des Gehirns, sowohl über dessen Convexität, als in der Basilargegend eine mehr oder weniger dike pseudomembranöse zusammenhängende Schicht von weisslicher oder gelber Farbe und von 1—6 Millimeter Dike, während die Pia meist reichlich injicirt und sowohl in ihren grossen, als in den kleinsten Gefässen mit Blut überfüllt, doch auch zuweilen auffallend blass ist. In einzelnen Fällen beschränkt sich die Exsudation auf den Verlauf der grossen Gefässe; in wenigen, besonders rasch tödtlichen Fällen fand sich nur die intensive Injection der Pia, in andern dagegen war die Absezung unter die Arachnoidea eiterig und flüssig; in der grösseren Hälfte der Fälle fand sich auch eiteriges Exsudat in den Ventrikeln in einer Menge von 10—25 Gramm oder auch ein trübes molkiges Serum. Zuweilen lagen auf der Arachnoidea einzelne sparsame

Exsudatfezen oder eine trübe seröse Flüssigkeit. — Meist ist zu gleicher Zeit auch die Pia des Rükenmarks ergriffen, aber niemals diese allein.

Das Gehirn und das Rükenmark selbst zeigen meist keine Anomalie; doch hat man zuweilen eine Hyperämie oder mässige Erweichung derselben gefunden.

Der Darmcanal ist nur ausnahmsweise ganz frei: zuweilen sind einfache Catarrhe, in der Mehrzahl der Fälle eine stärkere Entwiklung der solitären Follikel und der Drüsenhaufen vorhanden und zuweilen Ulcerationen in ihnen, doch sind die afficirten Drüsenhaufen sparsam, dagegen die isolirten Follikel zahlreicher ergriffen. — Leber, Milz und Nieren zeigen keine Anomalie.

Ausnahmsweise finden sich Complicationen mit Pneumonie, mit Pleuritis, mit Pericarditis; dagegen ist Lungenödem und seröser Bronchialcatarrh in der Mehrzahl der Fälle vorhanden.

Das Blut zeigt selten eine Faserstoffschicht und überhaupt keine ungewöhnliche Zusammensezung.

Nach Tourdes war in den Strassburger Fällen das Exsudat 14mal gleichmässig über Convexität und Basis des Gehirns, 6mal überwiegend, 8mal ausschliesslich über die Convexität, 9mal überwiegend und 2mal ausschliesslich über die Basis verbreitet, 26mal in den Ventrikeln, 9mal über dem Chiasma, 4mal über dem Pons, 3mal über der Oblongata und fast immer über dem Kleinhirn gelagert; 10mal war die Pia des Rükenmarks in ihrer ganzen Ausbreitung, 15mal nur der untere, niemals der obere Theil derselben afficirt. In 3 Fällen, in welchen der Tod 15, 24 und 36 Stunden nach dem Beginn der Krankheit eintrat, bestand noch keine erhebliche Exsudation, nur eine zweifelhafte Opacität auf den diken Venen und in dem übrigen Subarachnoidealraum und in den Ventrikeln eine kleine Menge hellen Serums; die Pia ohne Injection, der Darm frei und nur die Trachea mit Schaum gefüllt. Dagegen war in andern Fällen schon 24, selbst 15 Stunden nach dem Auftreten der ersten Prodromalsymptome eine plastische oder eiterige Schichte vorhanden und waren nach 3—4tägigem Verlauf die Exsudationen meist ungemein reichlich. Die Exsudation auf der Convexität gehörte im Allgemeinen häufiger den rapid und mit Delirium verlaufenden Fällen an, die ausschliessliche Basilarexsudation mehr den mit Schmerzen und Convulsionen verlaufenden und später tödtlichen Fällen. — Chauffard und noch mehr Rollet wollen häufiger als die übrigen Beobachter Veränderungen im Gehirn selbst gefunden haben, und der Leztere theilt danach die Fälle in zwei Categorieen: Méningite cérébro-rhachidienne und Encéphalo-méningite, glaubt auch dieselben durch die Symptome unterscheiden zu können.

Die Affection im Darm ist analog einem wenig entwikelten, rudimentären Typhus, sie erreichte aber in keinem Falle die Ausbildung einer typhösen Darmaffection mittleren Grades, auch in den Fällen nicht, in welchen die Erscheinungen der Krankheit einen typhösen Character zeigten. Die Darmaffection findet sich häufiger in den langsam verlaufenden Fällen; aber unter 46 Autopsieen fand Tourdes nur 8mal den Darmcanal frei, 6mal einfache Schleimhauthyperämieen, 10mal die Peyer'schen Haufen, 14mal die solitären Follikel und 8mal beide Drüsenformen zumal ergriffen; nur 2mal kamen Ulcerationen vor.

Die Untersuchungen des Bluts zeigten im Allgemeinen eine geringe Vermehrung des Fibrins (3,7—5,6 p. m.), auch einige Vermehrung der Blutkörperchen (134—143 p. m.), in den übrigen Bestandtheilen keine irgend erhebliche Anomalie (Andral und Gavarret).

B. Symptome der Krankheit.

1) Die Krankheit beginnt in der Hälfte der Fälle mit Vorboten, welche hauptsächlich und am constantesten in Kopfschmerz, sodann in Frösteln, Uebelkeit und Erbrechen, seltener in Rükenschmerz, Gliederschmerz, Schwindel, Diarrhoe, Irrereden, Zittern, Fieberbewegungen bestehen, — Erscheinungen, welche in verschiedener Weise combinirt sind. Diese

Vorboten dauern kürzer oder länger (weniger als einen Tag bis zu sechs Tagen und mehr); je kürzer sie sind, um so grösser ist die Gefahr.

In andern Fällen beginnt die Krankheit ohne Vorboten plözlich mitten in vollkommener Gesundheit mit den heftigsten Symptomen und zwar gewöhnlich mit äusserst quälendem Kopfweh, Delirium oder Verlust des Bewusstseins oder Convulsionen und entwikelt sich alsbald zu der grössten Intensität.

2) Die Erscheinungen der ausgebildeten Krankheit, obwohl sie in einzelnen Fällen differiren und verschiedene Combinationen und Successionen zeigen, haben doch genug Uebereinstimmendes:

Der Kopfschmerz ist durch den ganzen Verlauf der Krankheit, solange das Bewusstsein erhalten bleibt, das constanteste Symptom und dauert wahrscheinlich oft selbst bei soporösen Kranken fort, wie wenigstens aus ihren automatischen Bewegungen zu vermuthen ist, oder er kehrt wenigstens nach vorübergegangenem Sopor und Delirium wieder zurük. Er sizt gewöhnlich in der Stirn oder im Naken oder im ganzen Kopf, ist aber seiner Art nach verschieden: gewöhnlich äusserst heftig ist er andere Male dumpf; er ruft oft die heftigste Agitation und nicht selten das Delirium hervor; Sinneseindrüke und Bewegungen steigern ihn.

Rükenschmerz ist in allen Fällen, bei welchen Spinalmeningitis besteht, vorhanden, meist auf einzelne Partieen der Wirbelsäule beschränkt, besonders auf den Halstheil, dann auf die Lumbarpartie. Er wird durch Bewegungen, aber nicht durch Druk vermehrt und zwingt den Kranken zu einer Stellung mit rükwärts gebogenem Kopfe und rükwärts gekrümmter Wirbelsäule. Der Rükenschmerz kommt später als das Kopfweh und hält nicht so lange an.

Seltener sind Schmerzen in den Gliedern, an verschiedenen Stellen des Gesichts und des Rumpfes.

Die Pupille ist häufiger dilatirt, als contrahirt; der Bulbus oft starr, oft convulsivisch bewegt; die Retina nur ausnahmsweise gelähmt. — Auch das Gehörorgan bietet nur in der Minderzahl der Fälle Veränderungen: Ohrensausen, Taubheit, welch leztere stets eine schwere Erkrankung anzeigt und sich auch in die Reconvalescenz hinein erstreken kann. — Die Hautempfindlichkeit ist vermehrt: leichte Reize rufen verbreitete Reflexbewegungen hervor, und auch noch nach Paralyse der Bewegung und im Coma dauert diese Steigerung der Empfindlichkeit fort; sie hört erst in der Agonie auf.

Die psychischen Functionen zeigen bald eine heftige Exaltation, bald ein wildes, bald ein stilles Delirium, bald Geschwäzigkeit, fixe oder vagirende Wahnideen. Am häufigsten aber tritt Stupor und Coma von mehr oder weniger tiefem Grade im Verlaufe ein; der Sopor stellt sich in manchen Fällen auch gleich von Anfang an ein und die Kranken verfallen fast plözlich in eine complete psychische Paralyse, in welcher sie bis zum Tode verbleiben. In einzelnen Fällen beobachtet man mitten im Coma und Delirium lichte Momente, selbst noch in der Nähe des Todes. Bei Einzelnen ist die Neigung vorhanden, im Delirium und Coma fortwährend die Hände an den Genitalien zu halten.

Entsprechend dem psychischen Zustand sind die Gesichtszüge, welche bald agitirt, wild und geberdenreich, bald aber stumpf und ausdruklos, ähnlich dem Aussehen eines tief Berauschten sind.

Die Muskel zeigen bald eine anhaltende Starrheit, bald heftige tetanische Paroxysmen, bald Convulsionen, zuweilen von epileptischer Form, zuweilen zitternde oder automatische Bewegungen. Gegen das Ende hin nimmt die Prostration überhand, aber wirkliche Paralyse ist selten.

Erbrechen ist ein häufiges Symptom und tritt nicht nur im Anfange, sondern auch im Verlaufe auf. Die Zunge zeigt vorübergehend die Beschaffenheit wie im Typhus. Durst tritt erst spät ein und bleibt mässig. Der Appetit fehlt gänzlich. Anfangs verstopft, werden die Stühle später (in der zweiten Woche) in der Mehrzahl der Fälle diarrhoisch, gelblich oder grünlich, zuweilen sehr abundant; diese Diarrhoeen sind sehr hartnäkig und tragen wesentlich dazu bei, den Kranken zu schwächen, können selbst nach geheilter Hirnaffection den Tod herbeiführen.

Der Puls bleibt zuweilen normal, sinkt sogar nicht selten unter 60, steigt jedoch häufig etwas über die Norm. Im weiteren Verlauf nimmt die Pulsfrequenz gewöhnlich noch mehr zu, auch ist der Puls bei den Meisten sehr variabel.

Die Respiration zeigt in vielen Fällen keine Anomalie, in andern ist sie erschwert und mühsam.

Der Urin geht leicht ab und in reichlicher Quantität, enthält kein Eiweiss und ist im Anfang blass und hell, von der zweiten Woche an wird er bei gleicher Reichlichkeit dunkler und es erscheinen Uratsedimente in ihm.

Die Haut ist meist bleich oder von schmuziger, ins Gelbliche stechender Farbe; die Schweisssecretion zeigt nichts Besonderes. In zwei Dritttheilen der Fälle entwikelt sich an den Lippen oder auch an andern Theilen (Nase, Auglider, Hals, selbst Brust) ein Herpes, welcher oft schon am 2ten und 3ten Tage, am häufigsten zwischen dem 4ten und 7ten entsteht, zwar häufig mit einer Remission des Verlaufes zusammenfällt, aber ebenso oft in tödtlichen, als günstigen Fällen vorkommt; eine sehr reichliche Herpeseruption ist dagegen häufiger von Genesung als vom Tode gefolgt. Roseolae und Petechien kommen nur in einzelnen Fällen vor, und die lezteren fallen zuweilen mit Parotidenbildung zusammen. — Die Hauttemperatur ist im Anfange nicht gesteigert und wenn der Tod in den ersten Tagen erfolgt, ist keine Spur von Fieber zu bemerken; erst in der zweiten Woche wird die Haut heiss und troken und bleibt es bis zur Wendung oder zum Tode.

Die Ernährung erscheint vollkommen suspendirt und in wenigen Tagen verfallen oft die Kranken in einen dem Marasmus nahen Zustand.

Manche Erscheinungen, welche in einzelnen Epidemieen sehr häufig oder constant beobachtet wurden, blieben in andern weg und dafür wurden in solchen andere Zufälle beobachtet. Der Herpes z. B., der in Strassburg so gewöhnlich war, fehlte in Versailles, wo dagegen Erytheme von dunkler Röthung beobachtet wurden. Ebendaselbst war Nasenbluten häufig; auch bemerkte man dort eine ausserordentliche Häufigkeit der Complication mit Spulwürmern, so dass nach Faure-Villars unter 53 Leichenöffnungen 43mal diese Parasiten in ungewöhnlicher Menge vorgefunden wurden. — Auch die anatomischen Veränderungen zeigten in einzelnen Epidemieen

bald eine geringere, bald eine besonders auffallende Entwiklung. Ferner wurden an manchen Orten Veränderungen in Organen gefunden, welche anderwärts nicht bemerkt wurden, z. B. Gelenksabscesse, Exsudate in andern serösen Häuten. Solche Differenzen wiederholen sich jedoch bei allen epidemischen Krankheiten.

3) Bei der Aufeinanderfolge und dem Verlaufe der epidemischen Meningitis lassen sich ausser den Vorboten zwei Perioden unterscheiden:

die Periode der Exaltation, welche in den heftigsten, schnell tödtlichen Fällen fehlt, wo sie aber eintritt, gewöhnlich zuerst in mehr oder weniger heftig gesteigerten nervösen Symptomen sich äussert, wobei bald die Schmerzen, bald die Delirien, bald die Krämpfe vorherrschen, bis nach einigen Tagen auch febrile Aufregung sich hinzugesellt,

die Periode des Collapsus, welche bald früher, bald später, zuweilen sogar schon im ersten Beginne eintritt, meistens mit Beschleunigung des Pulses und der Respiration und mit Erhöhung der Temperatur verbunden und zuweilen noch unterbrochen von kurzen Exaltationen unter rascher Abmagerung, in ungünstigen Fällen unter zunehmendem Verfalle bis zum Tode, in günstigen in Form einer andauernden, der Hectik ähnlichen Schwäche und einer adynamischen protrahirten Reconvalescenz verläuft.

Gewöhnlich ist der Gang von Anfang bis zu Ende ein ziemlich gleichmässiger; doch zeigt sich um so mehr, je länger die Krankheit dauert, eine Neigung zu Exacerbationen und Remissionen. In jenen, welche meist auf den Abend fallen, sind weniger die febrilen, als die nervösen Symptome gesteigert: die Schmerzen, das Delirium, die allgemeine Aufregung, die Krämpfe, während in den Remissionen eine grössere Ruhe sich herstellt.

4) Der Ausgang der Krankheit kann sein:

Genesung, wobei aber die Herstellung stets lange sich hinauszieht und im Mittel die Krankheit ungefähr einen Monat beträgt, nicht selten aber auch über zwei bis drei Monate und länger sich hinauszieht;

in der grösseren Hälfte der Fälle der Tod und zwar zuweilen nach sehr kurzer Dauer der Krankheit: schon am zweiten Tage, im Mittel nach zwei Wochen, zuweilen auch erst nach mehr als dreimonatlicher Dauer.

Es kann nicht verkannt werden, dass das Verhalten und namentlich das epidemische Auftreten der Krankheit auf den ersten Blik als eine der merkwürdigsten Thatsachen erscheint; und man hat eben aus jener Art der Verbreitung ein Argument entnommen, die Meningitis nicht als „Entzündung" gelten zu lassen, sondern sie als eine allgemeine Erkrankung, als eine typhöse Affection mit Localisation in der Serosa der Nervencentra zu betrachten. Das Unerhörte des Verhaltens der Meningitis verliert sich aber, wenn wir bedenken, dass auch andere, von der vulgären Anschauungsweise nicht zu den Seuchen gerechnete Affectionen mit sehr characteristisch „entzündlichem" Exsudate zuweilen in ganz entschieden epidemischer Weise, wenigstens in sehr cumulirten Fällen vorkommen. Zwei Jahre nach einander habe ich im Laufe des Monat Mai in solcher Weise Pneumonieepidemieen beobachtet und auch früher mehrfach Aehnliches gesehen, und nicht etwa der Grippe secundäre Infiltrationen, sondern ächte primäre Pneumonieen, wie sie nicht vollkommener sich darstellen können. Vom Croup, von der Peritonitis der Wöchnerinnen ist man längst ein ähnliches Vorkommen gewöhnt und hat nur darum diese Affectionen oft nicht recht als Entzündungen gelten lassen wollen. Aber auch die Pleuritis, die Mandelabscesse zeigen die gleiche Geneigtheit, epidemisch oder halbepidemisch (cumulirt) zu herrschen. — Die seltenen Fälle, in welchen sehr frühzeitig der Tod erfolgte und keine Absezungen in der Pia gefunden wurden, hat man als ein zweites Beweisstük benüzt, die Krankheit als keine ächte Meningitis gelten zu lassen. Aber bei genauem Beachten des Verlaufs anderer gemeinhin für locale Affectionen gehaltener Krankheiten, z. B. Pneumonieen, wird man Fälle genug finden, welche man mit ebensoviel, wenn nicht mehr Recht pneumonische Fieber als fieberhafte Pneumonieen nennen

könnte; und die Meningitis folgt also nur der Art anderer exquisit entzündlicher Krankheiten, bei welchen die allgemeine und functionelle Störung den nachweisbaren anatomischen Alterationen vorangeht. — Auch die Darmaffection, welche man als eine der typhösen ähnliche ansehen kann, ist nicht ohne Analogie in andern schweren acuten Krankheiten: Scharlach, Pneumonieen, Peritoniten, diffusen Nephriten etc., bei welchen im Falle der Protraction des Verlaufs der Dünndarm gerne in der ihm eigenthümlichen Weise, d. h. in Form follikulärer Schwellung, welche bis zur Ulceration gediehen, sich zu betheiligen pflegt. — Dagegen ist es allerdings beachtenswerth, dass zur Zeit der meningitischen Epidemieen mehrfach Typhusformen mit auffallend cerebrospinalen Symptomen beobachtet wurden, in Italien, in Südwestdeutschland (wo mir selbst solche vorgekommen sind), ja es ist sogar nicht unwahrscheinlich, dass Uebergangsformen zwischen beiden Krankheiten existiren. Aber auch hiefür lässt sich die entsprechende Analogie in dem sonstigen Verhalten des Typhus herbeiziehen, dem sich beim gleichzeitigen Herrschen anderer Krankheitsformen gerne hin und wieder Charactere von diesen zumischen: Bronchiten beim Herrschen von Brustaffectionen, Erytheme bei Gegenwart einer Scharlachepidemie, Gelenksaffectionen und Zellgewebsvereiterungen beim Herrschen von Rheumatismus, contrastirende Remissionen und Exacerbationen zur Zeit der Wechselfieber etc. Alle diese Eigenthümlichkeiten verlieren das Befremdende, ohne dabei an Interesse irgend einzubüssen, wenn wir uns erinnern, dass mit unsern Krankheitsnamen und Kunstausdrüken immer nur die hervorragendsten und fixirtesten Verhältnisse bezeichnet sind, dass aber daneben wechselnde, gemischte und farblosere Formen genug vorkommen, von denen erst diejenige die Aufmerksamkeit zu erregen pflegt, welche selbst auf einmal in einer gewissen Gleichförmigkeit in zahlreicheren Beispielen sich wiederholt. So bietet auch der einzelne Fall epidemischer Meningitis kaum erwähnenswerthe und fast zweifelhafte Abweichungen von dem Verhalten jeder andern Convexitätsmeningitis dar: die Abweichungen werden aber nicht nur erwähnenswerth, sondern von scharfem Character durch die Zahl und Verbreitung der ähnlich sich gestaltenden Fälle.

Die einzelnen Fälle sowohl in der gleichen Epidemie, als auch an verschiedenen Orten haben in der Combination der Erscheinungen und der Art ihrer Aufeinanderfolge eine grosse Mannigfaltigkeit gezeigt, welche zur Aufstellung vieler Formvarietäten geführt hat. Tourdes namentlich unterscheidet:

die Foudroyante, bei welcher die Kranken plözlich ergriffen und ohne alle Reaction, nach kurzdauernden Convulsionen oder Delirien und alsbald folgendem Coma in wenigen Stunden oder in 2—3 Tagen hingerafft werden;

die comatös-convulsivische Form, wobei vollkommene Bewusstlosigkeit und ausserordentliche Agitation des ganzen Körpers mit schmerzhaftem Ausdruk des Gesichts besteht und mit stets tödtlichem Ende;

die entzündliche, wo nach dem ersten Anfall eine heftige Reaction, ein lebhaftes Fieber folgt, der Verlauf weniger rasch und die Herstellung eher möglich ist;

die typhoide Form: mit gastrischen Symptomen, Nasenbluten, Roseolae, Petechien, Parotiden, Somnolenz und allen äusseren Anzeichen eines Typhus, während die anatomischen Verhältnisse nicht von den übrigen sich unterscheiden; sie ist von höchster Gefahr;

die schmerzhafte oder nervöse Form, durch das Ueberwiegen der Schmerzen characterisirt, welche zwar eine Agitation und verzweiflungsvolle Bewegungen, auch wohl eine vorübergehende Verwirrung des Geistes hervorrufen, aber ohne eigentliche Convulsionen und ohne anhaltendes Delirium; die Mortalität beträgt nur ein Drittel;

die paralytische Form, selten;

die hectische Form, welche durch einen langen und hartnäkigen Verlauf mit häufiger Diarrhoe, raschem Fortschreiten der Abmagerung sich auszeichnet und bei welcher in der Leiche die Pseudomembranen organisirt und vascularisirt sich finden;

die cephalalgische, die comatöse, die delirirende und die combinirten Formen.

Die Perioden der Exaltation und des Collapsus zeigen verschiedene Verhältnisse zu einander: bald dauert die erstere lange fort und es kann dann der Collapsus tief oder mässig sein; bald tritt schon fast vom ersten Beginn der Krankheit an ein mehr oder weniger vollkommener collabirter Zustand ein.

Die Mortalität beträgt im Durchschnitt etwas über die Hälfte. In Broussais' Zusammenstellung aus verschiedenen Orten kamen auf 1041 Erkrankungen 592 Todesfälle, und auch die späteren Epidemieen geben ähnliche Verhältnisse. Am höchsten war die Mortalität in Aigues-Mortes, wo von 160 Kranken 120 starben. In den günstigsten Epidemieen starb einer von 3—4 Kranken.

Wo die Genesung eintrat, geschah diess zuweilen ziemlich früh, schon im Laufe

der ersten Woche. Aber es sind diess meistens Fälle, in denen die Diagnose überhaupt nicht ganz sicher gestellt war. In allen ausgebildeten Fällen dauerte bei Genesenden die Krankheit über einen Monat. Nach Tourdes wurde nur bei 1/15 der glüklich endenden Fälle eine prompte Genesung, bei 9/15 eine mittlere Dauer von 37 Tagen und bei 5/15 eine solche von 50 Tagen beobachtet. Entschiedene Crisen waren in Genesungsfällen nicht vorhanden, und nur ausnahmsweise konnte man einzelnen Phänomenen, wie starken Urinsedimenten, reichlichem Herpes einen günstigen Einfluss zuschreiben. In den Fällen, welche schnell heilten, war ein rascher Uebergang von schweren Symptomen zur vollständigen Herstellung zu bemerken; in allen übrigen ein langes Schwanken, eine zögernde und schwierige Reconvalescenz, in welcher Magerkeit und Schwäche den höchsten Grad erreichten und einzelne Hirnsymptome von Zeit zu Zeit wiederkehrten. — In den tödtlichen Fällen gestalteten sich die Verhältnisse nicht anders, als bei der gewöhnlichen Form nicht epidemischer Meningiten.

Die Mortalitätsverhältnisse und die Dauer der Krankheit in tödtlichen und in Genesungsfällen gestalten sich nach Tourdes bei den einzelnen Formen folgendermaassen:

	Mit Genesung endende Fälle.		Tödtliche Fälle.		Mortalität.
A. Cerebrospinale Formen.	Zahl der Fälle.	Mittl. Dauer	Zahl der Fälle.	Mittl. Dauer.	
1) Schlagähnliche	—	—	13	2,9 T.	100%
2) Comatös-convulsivische	—	—	9	4 „	100 „
3) Entzündliche	3	35 T.	6	9 „	66 „
4) Typhöse	3	55 „	11	30 „	78 „
5) Schmerzhafte	7	37 „	3	25 „	30 „
6) Hectische	1	100 „	5	48 „	82 „
7) Paralytische	1	110 „	1	34 „	50 „
	15	49 T.	48	16 T.	76%
B. Cerebrale Formen.					
8) Cephalalgische	19	23 T.	—	—	0%
9) Cephalalgisch-delirirende	5	19 „	1	17 T.	16 „
10) Delirirende	4	45 „	3	19 „	42 „
11) Comatöse	1	23 „	1	5 „	50 „
	29	25 T.	5	16 T.	14%

III. Therapie.

Die Behandlung der Krankheit durch den gewöhnlichen, bei andern Formen von Meningitis angewandten antiphlogistischen Apparat scheint nur beim ersten Beginn der Affection von Vortheil zu sein. Im weiteren Verlauf ist alles positive Eingreifen eher nachtheilig als nüzlich und man hat nur bei schleichendem Fortgang der Krankheit in geeigneter Weise durch milde Nahrungsmittel die Kräfte zu unterstüzen und mag im Nothfall versuchen, durch grosse Dosen von Opium die lästigsten Symptome zu beschränken.

Sobald Delirien, Convulsionen oder Sopor eingetreten sind, so waren Aderlässe und örtliche Blutentziehungen ohne allen Erfolg oder sogar schädlich. Drastica und Calomel waren niemals von entschiedenem Nuzen, meist nachtheilig. Brechweinstein in grossen Dosen angewandt gab nur ungünstige Resultate. Hautreize belästigten den Kranken, ohne ihm Nuzen zu bringen. Mercurialeinreibungen waren erfolglos; Chinin selbst bei nahezu intermittirendem Verlauf ohne irgend einen Einfluss; Valeriana, Campher, Moschus, Ammoniak, mehrfach versucht, wurden wegen gänzlicher Nuzlosigkeit verlassen. Das Opium ist nur von Einzelnen gerühmt, namentlich von Chauffard, der es in Dosen von gr. vj p. die gab. und von Forget, während Andere, die gleichfalls grosse Dosen anwandten, auch nicht den geringsten Erfolg davon bemerkt haben wollen.

d. Die acute und subacute granulirte Meningitis (tuberculöse Meningitis, Hydrocephalus acutus).

I. Geschichte.

Abgesehen von einzelnen früheren Hindeutungen auf das Vorkommen dieser Krankheit und selbst auf ihr Zusammenfallen mit tuberculösen Affectionen war es zuerst

Rob. Wytt (Observat. on the dropsy of the brain 1768), welcher die Krankheit und zwar mit dem genauesten und scharfsinnigsten symptomatischen Detail erkannte und beschrieb, in solcher Vollkommenheit, dass gerade die neueren exacten Untersuchungen zur Bestätigung seiner zum Theil längere Zeit wieder vergessenen Angaben führten. Die folgenden Beobachter waren vornehmlich Engländer: Fothergill (Remarks on the hydrocephalus internus. In Medical observations and inquiries IV. 40. 1771), Quin (Treatise on the dropsy of the brain 1780), Paterson (Diss. on acute hydroceph. 1794), Rowley (Treatise of the dropsy of the memb. of the brain, and watery head of children 1801,) Percival (Practical reflexions on the treatment and causes of the dropsy of the brain 1806) und vornehmlich Cheyne (Essay on hydroçephalus acutus or dropsy in the brain 1809), denen sich einige Deutsche: Hopfengärtner (Untersuch. über die Natur und Behandlung der versch. Arten der Gehirnwassersucht 1802), Formey (Von der Wassersucht der Gehirnhöhlen 1810), Gölis (Pract. Abhandlungen über die vorzüglichsten Krankheiten des kindl. Alters. 2 Bände. 1ster Band: Von der hizigen Gehirnhöhlenwassersucht 1820), und mehrere Franzosen: Jadelot (De la constitution de l'air et des maladies observées à l'hôpital des Enfans, dans les années 1805 und 1806. In Journ. de Corvisart, Boyer et Leroux XI. 651. 1806), Laennec (Réflexions sur les observations précédentes et sur l'hydrocéphale aiguë en général. Ebendas. XI. 666), Breschet (Observat. sur un hydrocéphale aiguë du cerveau. Ebendas. XXIX. 151. 1814), Bricheteau (in mehreren Arbeiten), Coindet (Mémoire sur l'hydrocéphale ou céphalite interne hydrencéphalique 1817), Brachet (Essai sur l'hydrocéphalite ou hydropisie aiguë des ventricules du cerveau 1818), Cruveilhier (Considerations générales sur la maladie cérébrale ou hydrocéphale ventriculaire aiguë. In Médecine pratique 1821), Senn (Recherches anatom. patholog. sur la méningite aiguë des enfants etc. 1825) anschlossen. Bis dahin wurde die Krankheit bald als blosse Wassersucht des Gehirns, bald als eine Form der Entzündung der Hirnhäute angesehen. Guersant (1827) erkannte die eigenthümliche granulirte Form der Exsudation und bemerkte, dass dieselbe vornehmlich bei tuberculösen Subjecten vorkomme. Papavoine (Journ. hebdomad. VI. 131. 1830) bezeichnet zuerst diese Granulationen der Meningen als Tuberkel und seit dieser Zeit ist es gebräuchlich geblieben, sie mit den übrigen Tuberkelgranulationen in eine Categorie zu stellen. Von Wichtigkeit waren ferner die Arbeiten von Rufz (Quelques recherches sur les symptômes et sur les lésions anatomiques de l'hydrocéphale aiguë etc. chez les enfans 1835), von Piet (Dissert. sur la méningo-encéphalite tuberculeuse des enfans 1836), von Becquerel (Recherches cliniques sur la méningite des enfans 1838), besonders aber die von Rilliet und Barthez (Traité des mal. des enfans III.), Hahn (Arch. gén. D. XX. 385 und XXI. 43), Rilliet (Arch. gén. E. II. 641).

Die granulirte Meningitis der Erwachsenen wurde erst durch Dance (1830 Arch. gén. XXI. 508 u. XXII. 24, 161 u. 293) bekannt, dem die Beobachtungen von Valleix (Arch. gén. C. I. 5), von Cless (Würtemb. Corresp.-Bl. IX. 9) und die von Hamernjk (Prager Vierteljahrsschr. VI. 42) folgten.

II. Aetiologie.

Die granulirte Form der Meningitis ist diejenige Entzündungsform der Hirnhäute, durch welche am häufigsten der Tod herbeigeführt wird, wenn sie auch etwas seltener vorzukommen scheint, als die übrigen Formen der Entzündung.

Im ersten Lebensjahre ist sie ungemein selten. Vom 2ten Jahre an steigt ihre Häufigkeit und erreicht zwischen dem 5—10ten Jahre ihr erstes Maximum. Sofort wird ihr Vorkommen etwas seltener, aber zwischen dem 20sten und 40sten Jahre wird sie abermals häufig beobachtet und erreicht das zweite Maximum. Sie kommt von da an, jedoch immer seltener werdend, bis ins höchste Greisenalter vor. — Das männliche Geschlecht liefert die Mehrzahl der Fälle.

Wenn auch verschiedene andere Formen von Meningitis häufiger beobachtet und in der Leiche gefunden werden als die granulirten, so sind doch bei jenen viel häufiger als bei diesen die Exsudationen von der Art, dass sie nicht als Todesursache angesehen werden können, oder sie sind so mit andern Störungen (Pyämie) combinirt, dass in lezteren ein genügender Grund für den Eintritt des Todes ge-

funden werden kann. Man wird eine nicht zu hohe Angabe machen, dass auf 100 Todesfälle 1—2 Fälle von tuberculöser Meningitis kommen. Die meisten Fälle pflegen im ersten Frühjahr (März) vorzukommen.

In Betreff des Alters haben für das frühere Kindesalter Rilliet und Barthez das Verhältniss gefunden, dass unter 33 Fällen, die mit Symptomen verliefen, 3 im Alter von 2 und 3 Jahren, 9 in dem von 3—5, 17 in dem von 6—10 und 4 in dem von 11—15 Jahren standen und 23 Knaben, 10 Mädchen waren. Unter 3072 Sectionen, welche aus den Wiener und Prager Leichenhäusern veröffentlicht wurden, finden sich 36 mit Meningealtuberculose: darunter 4 aus dem Alter von 10—20, 15 aus dem von 20—30, 7 aus dem von 30 bis 40, 6 aus dem von 40-50, 3 aus dem von 50 bis 60 und 1 aus dem von 60—70 Jahren. Es geht daraus hervor, dass die Krankheit in den mittleren Jahren keine Seltenheit ist. Die Altersverhältnisse von 12 von mir im Jacobshospital beobachteten tödtlich abgelaufenen und durch die Section verbürgten Fällen Erwachsener waren: 1 Mädchen von 21 Jahren, 6 Männer zwischen 26 und 31 Jahren, 3 Männer von 38—41 Jahren, 2 Männer von 50—52 Jahren.

Die granulirte Meningitis findet sich unter verschiedenen individuellen Verhältnissen:

1) sie kommt bei Individuen vor, welche sich bis dahin vollkommen wohl befunden oder doch nur sehr geringfügige Störungen gezeigt hatten, welche also mindestens scheinbar gesund waren, wenngleich bei diesen Individuen fast immer in der Leiche, wenn auch noch so sparsame und nicht selten bloss obsolete und verkreidete Tuberkel, sei es in den Lungen, sei es in den Bronchialdrüsen, peripherischen Lymphdrüsen, Mesenterialdrüsen, sei es in andern extracephalen Organen, gefunden werden: primäre granulirte Meningitis.

Dabei kann die Meningitis entweder als isolirte Localerkrankung auftreten oder aber mit einer acuten Miliartuberkelabsezung in mehr oder weniger zahlreichen andern Organen zusammenfallen. Bei dieser primären Meningitis lassen sich häufig gar keine speciellen Ursachen der Erkrankung auffinden, doch bemerkt man nicht selten eine Art von Familienanlage zu dieser Krankheit. Es ist ferner zu bemerken, dass zu frühzeitige und zu intensive Anstrengungen des Gehirns bei Kindern zuweilen von Einfluss auf die Entstehung der Krankheit zu sein scheinen. Endlich ist es wohl nicht ohne Grund, dass zuweilen ein Stoss, Fall oder Schlag auf den Kopf zu der Krankheit Veranlassung gibt, sei es dass diese dadurch wirklich eingeleitet oder nur ihr Ausbruch determinirt wird, und zwar findet man nicht selten Fälle, in welchen zumal Kinder, doch auch zuweilen Erwachsene, Wochen und Monate lang vor dem Ausbruch der Krankheit eine derartige Verlezung erlitten, nach der sie zwar keine bestimmten Erscheinungen, wohl aber ein verändertes Benehmen, ein stilleres Wesen und einen Verlust der Munterkeit zeigten, bis endlich die deutlicheren Symptome der Krankheit sich entwikelten. In nicht ganz seltenen Fällen gibt die spontane oder künstliche Heilung von Ausschlägen am Kopf und im Gesicht, welche bis dahin das Wohlbefinden nicht oder kaum gestört hatten, die Veranlassung zum Entstehen der granulirten Meningitis.

2) Die granulirte Meningitis kommt als consecutive Erkrankung bei vorangegangenen Störungen im Gehirn: Entzündungen, Apoplexieen, Erweichungen, am häufigsten aber bei chronischen Tuberkeln der Hirnmasse vor.

3) Die Absezung der Meningealgranulationen erfolgt bei Individuen mit vorgeschrittener Lungentuberculose, welche entweder nur locale Erscheinungen gemacht oder die Symptome der Phthisis in mehr oder weniger hohem Grade hervorgerufen hatte.

Die Meningealerkrankung unterbricht entweder den bis dahin mässig progressiven Verlauf der Tuberculose oder sie tritt selbst zur Zeit einer Besserung der phthisischen Erscheinungen ein, oder aber sie gesellt sich in dem äussersten Stadium, beim vollendetsten Marasmus und bei fast täglich erwartetem Tode schliesslich noch

als Terminalaffection hinzu. Auch bei anderem Size der Tuberculose, bei überwiegender Darm- oder Nierentuberculose kann die Meningealerkrankung als intercurrente oder terminale Affection eintreten. — Die lezte Production tuberkelartiger Granulationen ist bei Phthisikern entweder auf die Meningen beschränkt, oder es kommt neben den Meningealtuberkeln gleichzeitig noch eine mehr oder weniger zahlreiche Absezung von Granulationen in verschiedenen andern Theilen zustande.

4) Im Verlauf und nach Ablauf anderer nicht tuberculöser extracephaler Krankheiten, besonders fieberhafter Affectionen (Masern, Keuchhusten, Typhus), tritt, zumal bei Individuen, welche zuvor schon sparsame Tuberkel an irgend einer Stelle hatten, nicht selten die granulirte Meningitis auf, und zwar entweder wieder als isolirte Erkrankung oder als Theilerscheinung einer allgemeinen Tuberculose.

Die tuberculöse oder granulirte Meningitis kann mit höchst seltenen Ausnahmen als eine stets secundäre Erkrankung angesehen werden, indem nicht leicht ein Fall zur Beobachtung kommt, bei welchem nicht Veränderungen, welche einer früheren Erkrankung angehören und namentlich tuberculöse Ablagerungen älteren Datums sich vorfinden. Indessen sind diese in einzelnen Fällen höchst unbeträchtlich und sogar hin und wieder obsolet geworden und verkreidet, haben auch nicht selten während des Lebens keine Spur von Symptomen hervorgebracht und es wäre somit unpractisch und irreführend, wenn man auch diese Fälle als secundäre Meningites bezeichnen wollte. Es erscheint vielmehr zwekdienlicher, diesen Ausdruk auf solche Fälle zu beschränken, bei welchen vor dem Eintritt der Meningitis eine Symptome gebende Erkrankung besteht, welche entweder eine gemeine Tuberculose oder eine Drüsentuberculose ist, oder endlich auch noch die Combination mit chronischen Tuberkeln des Gehirns zeigt. — Die Entstehung der granulirten Meningitis fällt, sowohl wenn sie als primäre Erkrankung auftritt, als auch wenn sie einer ausgesprochenen Tuberculose secundär ist, sehr oft zusammen mit einer Absezung von Miliargranulationen in andern Theilen des Körpers, und es hängt nur von dem Proportionsverhältniss der Hirnerkrankung und der allgemeinen Miliartuberculose ab, ob die Erscheinungen der ersteren rein oder gemischt mit Symptomen allgemeiner Tuberculose oder hinter diesen verstekt sind. Das Lebensalter gibt in dieser Hinsicht keinen Unterschied ab, indem sowohl im kindlichen wie im erwachsenen Alter ebensogut Fälle von granulirter Meningitis vorkommen, welche durch ihre Symptome das Uebergewicht über die Erscheinungen der andern Organe zeigen, als auch Fälle, bei welchen die Meningealexsudation nur als Theilerscheinung, ja selbst nur als untergeordnete Miterkrankung der verbreiteten acuten Absezung von Miliargranulationen sich darstellt.

III. Pathologie.

A. Die Absezungen bei der granulirten Meningitis finden vornehmlich an der Hirnbasis statt, zumal in dem Raume zwischen dem Chiasma bis zur Oblongata, ausserdem nach auswärts und aufwärts sich erstrekend in den Fossae Sylvii und in der Mittelspalte des Gehirns. Die Granulationen sind besonders nach dem Laufe der Gefässe abgesezt; doch verbreiten sie sich bei reichlicher Zahl über alle Theile der Pia und können auch bis auf die convexe Fläche des Gehirns sich erstreken. Sie zeigen ein mehr oder weniger zartkörniges Aussehen und nur wo sie confluiren, stellen sie breitere Körperchen dar; sie haben eine mattweisse oder grauliche Farbe und bald eine weichere, bald eine derbere Consistenz. Sie sind bald sparsam, bald reichlich, im lezteren Falle meist in Gruppen vereinigt. Sie gleichen somit nach allen Beziehungen denjenigen Formen, welche man als tuberculöse Miliargranulationen bezeichnet. — Daneben findet sich meist stellenweise eine diffuse Verdikung der Pia, ein gallertartig geronnenes und auf einzelnen Punkten zuweilen in Eiterung übergehendes Exsudat von verschiedener Menge, theils in der Umgebung der Granulationen, theils über diese

hinaus und an andern Stellen der Pia, doch fast immer vorzugsweise in deren Basilartheil. Gleichzeitig damit ist stets ein reichliches, oft äusserst copiöses, wässeriges, seltener ein trübes Exsudat in den Ventrikeln vorhanden (Hydrops ventriculorum, Hydrocephalus acutus) und meist eine seröse Durchfeuchtung und Aufweichung der Hirnsubstanz, vornehmlich in der Nähe der Ventrikel.

Nicht selten sind daneben in der Hirnsubstanz Tuberkel; auch ist zuweilen damit eine tuberculöse Spinalmeningitis verbunden; fast in allen Fällen finden sich in andern Theilen des Körpers, am meisten in den Drüsen und in den Lungen tuberculöse Absezungen in Form von Granulationen, Knoten oder in erweichtem und verjauchtem Zustande.

Die Granulationen der Meningen sind lange von den Beobachtern übersehen worden und man hat die Fälle wegen des mehr in die Augen fallenden Ergusses in die Ventrikel früher stets als Hydrocephalus bezeichnet. In der That sind die Granulationen oft nur bei genauer Aufmerksamkeit und bei Kenntniss der Stellen, an denen sie sich vornehmlich befinden (Basis, Fossae Sylvii) zu entdeken, und häufig kann man sie nur dann deutlich sehen, wenn man die Hirnsubstanz ausschält und die zarten Hirnhäute gegen das Licht hält.

Wenn diese Absezungen als Tuberkel bezeichnet werden, so kann damit nur ein äusserlich übereinstimmendes Verhalten gemeint sein, da überhaupt der anatomische Begriff Tuberkel nicht als Bezeichnung für etwas Specifisches angesehen werden kann. Dass jedoch diese Granulationen in der Pia in ihren Ursachen mit den in den Lungen und in andern Organen vorkommenden etwas Gemeinschaftliches haben, zeigt ihr fast regelmässiges Zusammenfallen mit diesen. — Offenbar entstehen die Granulationen aus einer Exsudation, deren wesentliche Natur sich nicht weiter bestimmen lässt, indem die Annahme, dass sie eine vorwiegend fibrinöse sei (Wiener Schule), nur als dem Krasensystem gemachte Concession und als Hypothese angesehen werden kann. Wesshalb das Exsudat in dieser Form sich gestaltet, ist ebensowenig zu sagen. In einzelnen Fällen bemerkt man in einem bald sparsameren, bald reichlicheren Exsudate in der Pia die ersten und noch undeutlichen Anfänge der Granulirung, während in andern die Granulationen das Uebergewicht über das weitere Exsudat gewonnen haben und zuweilen den einzigen körperlichen Bestandtheil des Productes darstellen. Im Durchschnitt sind die Granulationen bei Kindern überwiegender und allein vorhanden; bei Erwachsenen sind sie meist sparsamer und ist das andersartige geronnene, selbst eiterige Exsudat zuweilen so im Uebergewicht, dass man die Granulationen nur bei grosser Aufmerksamkeit findet. Wovon das abhänge, lässt sich ebenfalls nicht mit Bestimmtheit sagen; doch wäre es denkbar, dass der im Allgemeinen langsamere Verlauf der granulirten Meningitis bei Kindern eine Entwiklung zu Granulationen eher zulasse, während das tödtliche Ende bei Erwachsenen früher erfolgt, als diese sich hergestellt haben. Ebenso findet man die Granulationen gewöhnlich in reichlicherem Maasse und weniger complicirt mit andern Exsudaten in der Pia in dem Falle, wo sie mit einer ausgebreiteten und reichlichen Absezung von Miliartuberkeln in andern Organen zusammenfallen. Jedoch ist dieser Unterschied um so weniger genügend, distincte Formen (tuberculöse Meningitis und acute Meningealtuberkel) daraus zu abstrahiren und gar, wie geschehen ist, verschiedene Blutcrasen für dieselben hypothetisch aufzustellen, da von der sparsamsten Absezung bis zur copiösesten alle Mittelformen vorkommen. Ein Hydrops ventriculorum begleitet in allen Fällen die granulirte Exsudation der Hirnbasis. Die Flüssigkeit dieses Hydrops ist im Durchschnitt bei Kindern ungleich reichlicher und auch meist vollkommener klar als bei Erwachsenen.

B. Die Aeusserungen der Erkrankung können höchst mannigfaltig sein, wie aus der Verschiedenheit der Entstehung der Krankheit schon zum Voraus erwartet werden muss. Nichtsdestoweniger ist unter gewissen Umständen ein ziemlich regelmässiger Symptomencomplex mit der granulirten Meningitis verbunden. Die Differenzen, welche übrigens mannigfache Uebergänge unter sich zulassen, können unter folgenden Categorieen dargestellt werden:

1) Die Granulationen in den Meningen, selbst wenn sie mit einem mässigen Wasserguss in die Ventrikel verbunden sind, können vollkommen symptomlos oder von sehr sparsamen und vieldeutigen Erscheinungen begleitet sein. Nicht selten sind sie das, wenn sie im Verlaufe einer ausgebildeten Tuberculose oder einer andern Krankheit, auf der Höhe einer acuten oder am Schluss einer chronischen auftreten. Aber sie können auch, wenngleich in selteneren Fällen, bei sonst gesunden oder scheinbar gesunden Individuen, bei sparsamer Absezung symptomlos bestehen oder nur unbestimmte Symptome hervorrufen, wie allgemeines Uebelbefinden, Mattigkeit, geringe Darmsymptome, anhaltende Verstopfung, vorübergehendes Kopfweh, ungewöhnliches psychisches Verhalten und in dieser Weise bis zum Tode verlaufen oder schliesslich noch unter dem Ausbruch eines schwereren Symptomencomplexes zum Untergang führen.

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass in manchen, zu schwereren Symptomen gelangenden und zum Tode führenden Fällen die Granulationen der Hirnhäute kürzere oder längere Zeit vorhanden waren, ehe sich Symptome derselben zeigten, und dass leztere erst mit dem Hinzutreten neuer meningitischer Exsudationen, wässriger Ergüsse in die Ventrikel, ödematöser Infiltration der Hirnmasse oder Erweichung von Hirntheilen zur Erscheinung kommen. Daher geschieht es, dass zuweilen in Fällen, in welchen man nur ein Oedem des Gehirns oder eine locale Gehirnerweichung zu diagnosticiren berechtigt war oder wo selbst gar keine auffälligen Störungen von Seite des Gehirns bestanden, die Section Meningealgranulationen aufzeigt. In Fällen allgemeiner und acuter Tuberculose lässt sich ferner in nicht sehr seltenen Fällen während des Lebens gar nicht entscheiden, ob Meningealgranulationen vorhanden sind oder fehlen, da jene auch für sich Hirnsymptome hervorrufen kann. Aber auch bis zum Tode oder doch bis wenige Stunden vor demselben kann die granulirte Meningitis symptomlos bestehen oder nur geringfügige Hirnsymptome erregen. Piet und Green haben das Vorkommen von latenten Tuberkeln der Meningen bei Kindern mit zuvorbestehender Tuberculose zuerst nachgewiesen, und Rilliet und Barthez gleichfalls zwei Beispiele von phthisischen Kindern, welche ohne Hirnsymptome starben, mitgetheilt; doch waren in einem Falle die Granulationen nur auf der Oberfläche des Gehirns und die Basis dabei frei, ein Verhalten, bei welchem stets die Erscheinungen von Seite des Gehirns gering zu sein pflegen. Auch bei erwachsenen Phthisikern kommt es nicht ganz selten vor, dass sich Granulationen im Gehirn finden, ohne dass die Hirnfunctionen während des Lebens gestört sind und ohne dass ein einziges Symptom die Meningealerkrankung anzeigt. Dass aber bei Erwachsenen auch primäre Meningealtuberculose fast bis zum Tode so gut wie latent bestehen oder doch nur höchst unerhebliche Zufälle herbeiführen kann, zeigt folgender Fall:

F. B., 38jähriger Schneider, früher an Rheumatismus leidend, ward, nachdem er von Mitte März häufiger und intensiver Kreuz- und Kopfschmerzen gefühlt, den Appetit verloren und wegen Mattigkeit nicht gearbeitet hatte, am 25. nach einem Froste bettlägerig. Es folgte darauf ein heftiger Schweiss, nach welchem die Schmerzen fortdauerten und etwas Schwindel eintrat. Von Ende März an kam zuweilen Erbrechen unter angestrengtem Würgen und entstand eine hartnäkige Verstopfung; auch die Urinsecretion verminderte sich etwas. Bei der Aufnahme am 4. April zeigte sich der Kranke etwas mager mit schlaffer Musculatur, die Haut bleich und etwas gelblich, die Augen eingesunken, die Pupillen gleich und normal weit, von normaler und nur etwas trägerer Reaction, die Zunge belegt; übler Geruch aus dem Munde. Am dünnen und langen Halse war eine kleine Cervicaldrüse wenig geschwollen, bei Druk sehr empfindlich; der linke Sternocleidomastoideus stärker vorspringend als der rechte. Der Thorax schmal und lang, links stärker gewölbt als rechts; unter der linken Clavicula eine tympanitische Stelle mit sehr schwachem Vesiculärathmen. Der Bauch eingesunken, nicht empfindlich. Die Milz wenig vergrössert. Die Temperatur 30°, der Puls 80, die Respiration 18. — In den folgenden Tagen bis zum 10. zeigte sich keine Veränderung in dem Zustande, der Kranke war nur gleichgiltig, mürrisch, schläfrig, ohne bei Nacht zu schlafen, der Appetit fehlte gänzlich, der Stuhl war anhaltend verstopft und vergeblich wurden Drastica gebraucht. Allein es stellte sich heraus, dass Pat., von früher im Besiz von Morphiumpulvern, diese anhaltend heimlich genommen hatte, und es schien danach die

Eingenommenheit des Kopfes, wie die Obstipation genügend erklärt, um so mehr, da in der ganzen Zeit nirgends eine locale Störung, auf welche die Symptome hätten bezogen werden können, zu entdeken war, der Puls fortwährend zwischen 72 und 84 sich hielt und die Temperatur geringe Schwankungen zwischen 29°,6 und 30°,4 machte, also auch eine fieberhafte Constitutionsaffection ausgeschlossen erschien. Nur am 10. Abends stieg die Temperatur auf 31°, fiel aber am folgenden Morgen wieder auf 30°,6; diess konnte darauf bezogen werden, dass in der Nacht ein reichlicher, dikbreiiger Stuhl eintrat, indem auch sonst vor der Wirkung eines Laxans die Temperatur nicht selten steigt. Troz der herbeigeführten Fäcalentleerung erschien der Kranke am 11. weit leidender und eigentlich zum ersten Male ernstlich krank; die Zunge, bis dahin nur mässig belegt, war braun und rissig und wich etwas nach links ab; der Kranke spricht irre, zeigt Somnolenz und grosse Hinfälligkeit; das linke Auge schielt, während die Pupillen gleich bleiben, der Harn ist in der Blase zurükgehalten und wird zu 3½ Pfund mit dem Catheter entleert. Abends Temperatur 31°, Puls 84, Respiration 20. Am 12. Morgens war die Temperatur auf 31°,4, der Puls auf 96, die Respiration auf 36 gestiegen, entschiedener Sopor war eingetreten, das Gesicht sehr eingefallen, der rechte Mundwinkel herabhängend, die rechte Pupille weiter als die linke, beide ohne Reaction, die Conjunctiva beiderseits entzündet, die Zunge unbeweglich, der rechte Arm schwächer als der linke, Empfindlichkeit an den Extremitäten sehr gering, gänzliche Bewusstlosigkeit, aus der Pat. nur durch starkes Anrufen momentan erwacht, keine Nakencontractur. Am Abend wird das Schlingen schwierig, die übrigen Erscheinungen dauern fort, der Puls bleibt sich gleich, die Temperatur steigt auf 32°,2, die Respiration auf 56. Am folgenden Morgen, nicht ganz 48 Stunden nach dem Eintreten der ersten für den Zustand des Gehirns Verdacht erregenden Zufälle, stirbt der Kranke durch ruhiges Einschlafen. — Die weichen Hirnhäute finden sich im ganzen Umfange weisslich getrübt, serös infiltrirt; an der Basis, vornehmlich in der Nähe des Pons, Granulationen; die Seitenventrikel durch klare Flüssigkeit, vornehmlich in ihrem vorderen Horn, sehr ausgedehnt, Septum pellucidum und Fornix erweicht, das ganze Gehirn ödematös. In den obern Theilen beider Lungen sehr vereinzelte perlgraue Miliargranulationen; die unteren und hinteren Theile der Lungen blutig-serös infiltrirt; in der Nähe des unteren und hinteren Randes der linken Lunge einige haselnussgrosse, graugelbe, schmierigweiche infiltrirte Stellen; im oberen Lappen derselben mässiges Oedem. Im Magen alter Catarrh. In den Därmen nichts Abnormes. Leber schmuzigbraun, etwas fetthaltig, mit Andeutung einzelner feiner Granulationen. Milz um ein Drittheil vergrössert derb, dunkel mit ziemlich zahlreichen hirsekorngrossen weissen Knötchen In der rechten Niere einige kleine weissliche Tuberkel.

2) Den characteristischsten Verlauf zeigt im Allgemeinen die primäre granulirte Meningitis, und zwar ist es gewöhnlich, dass man bei ihr mehrere Perioden der Krankheit, die sich nicht ohne Schärfe unterscheiden, beobachten kann, obwohl auch sie zuweilen annähernd symptomlos verläuft.

a) Bei Kindern häufiger, bei Erwachsenen seltener zeigen sich Vorläufer der entschiedeneren Krankheit: allgemeine unbestimmte Unpässlichkeit mit mattem schliechem Aussehen, trüben, oft starren Augen, Verdriesslichkeit und stille Laune, zeitweise Klagen über Kopfweh und Schwere des Kopfes, heisse Stirne bei kalten Händen, unruhiger Schlaf, Knirschen mit den Zähnen während des Schlafes, Lichtscheu und enge Pupillen, Kreuzschmerzen, Gefühl von Müdigkeit, besonders nach jeder kleinen Anstrengung, unsicherer Gang, Straucheln und Hinfallen, Appetitlosigkeit, zuweilen mit Heisshunger wechselnd, nicht selten Erbrechen ohne vorangegangene Ingestion, zuweilen abendliche leichte Fieberbewegungen oder auch stärkeres Fieber, das in unregelmässigen Paroxysmen wiederkehrt. Diese Zufälle, zumal wenn sie mit Anschwellung der Lymphdrüsen verbunden sind, sind immer verdächtig und gehen bald kürzer, bald länger, selbst Monate lang dem Ausbruch der Krankheit voran, wenn sie auch

nicht selten wieder vorübergehen, ohne von irgend welchen schwereren Störungen gefolgt zu sein.

In Fällen, wo diese Vorbotensymptome sich wieder verlieren, bleibt es dahin gestellt, ob sie nur von einer Hyperämie der Hirnhäute und des Gehirns, die sich wieder löste, oder von wieder obsolet gewordenen mässigen Granulationen, oder von geringen wässrigen Ergüssen abhingen, und ob sie als eine an sich geringfügige Functionsstörung des Gehirns, sei es für sich allein, sei es in Folge anderer Störungen im Körper auftreten können. Jedenfalls aber muss bei solchen Erscheinungen, da sie erfahrungsmässig oft der schweren Erkrankung vorangehen, die grösste Vorsicht eintreten, zumal bei Kindern, mögen dieselben auch noch so blühend aussehen, gut beleibt und von einer festen Musculatur sein; und man darf sich durch die Behauptung Hamernjk's, dass bei solchen Individuen jene Erscheinungen auch bei längerem Bestande ohne besondere Bedeutung seien und mit den verschiedensten Mitteln immer mit dem besten Erfolge behandelt werden, nicht zur Sorglosigkeit verführen lassen.

b) Entschiedenere Zeichen der Krankheit treten zuweilen durch allmälige Steigerung der ebengenannten Erscheinungen, meist aber ziemlich plözlich, ja selbst nach einer Pause von Besserbefinden oder sogar als Initialsymptome ohne alle Vorläufer (zumal bei Erwachsenen) auf. Die Kranken klagen über heftige anhaltende und zunehmende Kopfschmerzen, vornehmlich im Hinterhaupt, das sich, wie auch die Stirne, auffallend heiss anfühlt, meist über grosse Empfindlichkeit der Augen und Ohren; die Pupille ist meist etwas contrahirt, träge beweglich und der Blik hat etwas Unnatürliches, Starres. Sie schlafen gar nicht oder sehr aufgeregt, wimmern und reden viel im Schlafe oder zeigen schon Annäherungen an Delirium. Das Knirschen mit den Zähnen im Schlafe erscheint häufiger und anhaltender und zuweilen zeigt mitten im Schlafe ein heftiges Aufschreien, mit dem die Kranken erwachen, an, dass sie durch einen Schmerz gestört sind. Sie nehmen dabei im Schlafe die Lagerung mit etwas rükwärts gebogenem Kopfe an und auch im wachen Zustande findet man vorübergehend oder dauernd einige Spannung der Hals- und Nakenmuskel. Zukungen und kurze convulsivische Erschütterungen treten im Schlaf und im wachen Zustande von Zeit zu Zeit ein; die Beine sind gewöhnlich angezogen. Die Lymphdrüsenanschwellungen im Naken werden deutlicher und meist sind einzelne kleine Drüsen sehr empfindlich gegen Berührung. Gewöhnlich tritt einigemal Erbrechen ein, der Appetit ist weg, der Stuhl meist verstopft, der Harn sparsam. — Gleichzeitig damit nimmt die Mattigkeit zu, so dass die Kranken meist bald, jedoch gewöhnlich nicht vom ersten Beginn der Kopfschmerzen an, bettlägerig werden. Sie frösteln zuweilen, haben jedoch selten einen entschiedenen Frost. Die Hauttemperatur ist am Rumpfe etwas gesteigert, an Händen und Füssen gewöhnlich kühl, der Puls etwas, bei Kindern zuweilen nicht unbeträchtlich beschleunigt.

Nicht selten verlaufen diese Symptome mit Remissionen und selbst mit einer Art von Rhythmus, welcher einem intermittirenden Fieber nicht unähnlich ist und wobei die Kranken bei jedem beginnenden Paroxysmus Andeutungen eines Frostes, oft nur auffallend bleiche und kalte Hände, Erblassen des Gesichts, schwaches Zähneklappern zeigen, sofort in grössere Wärme und in Schweiss verfallen, in den Pausen sich besser, aber sehr angegriffen und matt fühlen. Diese Remissionen entbehren aber häufig

jeder Regularität, werden oft durch angewandte Mittel (Chinin) verlängert, ohne dass dadurch jedoch der Wiedereintritt der Paroxysmen ganz beseitigt werden könnte. — Auch diese Zufälle können sich wieder gänzlich heben, ohne dass ein weiterer Symptomencomplex sich anschliesst; sie können von einer scheinbaren Reconvalescenz, mit Wiederkehr des Appetits und der Munterkeit gefolgt sein, und auf einmal, nach einer, zwei oder mehreren Wochen tritt die Krankheit abermals mit erneuerter und grösserer Heftigkeit und namentlich mit alsbaldigem Beginn des folgenden Stadiums auf, oder schliesst sich dieses auch ohne Weiteres an die eben betrachteten Erscheinungen an.

Diese Zufälle lassen zwar noch nicht mit voller Sicherheit die Meningealerkrankung erkennen; aber sie geben schon eine viel grössere Wahrscheinlichkeit für den Eintritt der schwersten Zufälle. Sehr oft wird die Gefahr in dieser Periode, zumal bei Kindern, noch verkannt und wird namentlich der Zustand auf die Zahnentwiklung, auf das Wachsthum, auf einen gastrischen Catarrh und eine Magenüberladung oder auf ein Wechselfieber bezogen. Es ist kaum zu bezweifeln, dass Zahnentwiklung und rasches Wachsthum derartige Zufälle herbeiführen können, weil sie sehr häufig mit Hirnhyperämie complicirt sind, aber es ist ebenso gewiss, dass Niemand berechnen kann, ob eine solche beginnende Hirnstörung wieder ohne Gefahr ablaufen oder aber zu der Exsudation sich entwikeln werde. Die Aehnlichkeit in dem Verlaufe mit einem Wechselfieber scheint eher dann stattzufinden, wenn die Meningealtuberculose nicht als isolirte, sondern als Theilprocess einer allgemeinen Miliartuberculose sich ausbildet. Immer hat man zu Zeiten und an Orten, wo Wechselfieber nicht vorkommen, bei dem Eintreten wechselfieberartiger Zufälle, zumal bei Kindern und bei nicht entschiedener Milzvergrösserung, die Möglichkeit einer Meningealtuberculose im Auge zu behalten. — Auch mit dem Anfange eines Typhus haben die Zufälle eine grosse Aehnlichkeit und in der That ist oft in keiner Weise eine diagnostische Entscheidung zu treffen; doch wird man bei rasch entstehenden und schmerzhaften Lymphdrüsenanschwellungen im Naken, bei zeitweiser Steifigkeit der Nakenmuskel, bei ungewöhnlicher Stierheit des Bliks, bei Abwesenheit der Milzvergrösserung und bei anhaltender Retention des Stuhls und Verminderung des Harns, bei nur mässiger Erhöhung der Temperatur mit Wahrscheinlichkeit eine meningeale Affection und nicht einen Typhus vermuthen dürfen.

c) Der Anfang der dritten Periode gibt sich zu erkennen durch schwerere Gehirnsymptome einerseits und andererseits durch die Erlangsamung des Pulses. — Die Hirnsymptome nehmen bald rasch, bald etwas langsamer zu, namentlich stellt sich eine Unbesinnlichkeit und Schlummersucht ein, bei welcher jedoch nicht der schläfrige Ausdruk wie sonst bei der Somnolenz, sondern ein fixer und stierer Blik, häufig ein nach oben gerichtetes Auge bemerkt wird. Dabei winselt und stöhnt der Kranke sehr viel, hat zuweilen murmelnde Delirien, zuweilen auch eine, jedoch meist nur kurzdauernde, heftige, tobsüchtige Aufregung, aus der er aber bald wieder in Schlaf verfällt, der nur noch durch Stöhnen und einzelne Schreie unterbrochen ist. Gesicht- und Gehörsinn sind ganz stumpf oder auch vollkommen, wenigstens zeitweise erloschen, häufig ist namentlich ein oder sind beide Augen amaurotisch; die Pupillen sind meist ungleich, doch ist keine auffallend dilatirt, dagegen sind sie starr und reagiren nicht auf das Licht. Dabei bleibt der Kranke gewöhnlich sehr empfindlich gegen Berührung, und die Reflexbewegungen, vornehmlich bei Berührungen des Antlizes sind sehr lebhaft; auch die Verzerrungen des Gesichts, rüsselartige Vorbewegungen des Mundes, Indiehöheziehen der Stirne und andere automatische Grimassen kommen sehr gewöhnlich vor; Mitbewegungen bei Bewegungen der Kaumuskel, der Zunge und anderer Kopfmuskel sind

gleichfalls sehr lebhaft und fast constant. Die Nakenmuskel und die Sternocleidomastoidei beider Seiten oder einer Seite sind gespannt und oft schmerzhaft, der Kopf dabei entweder nach hinten übergebeugt oder seitlich gewendet; auch kommen zuweilen anhaltende clonische Seitwärtsdrehungen des Kopfes vor, seltener eine dauernde krampfhafte Vorneigung desselben gegen die Brust. Einzelne Muskel an den Armen sind starr contrahirt und eine passive Strekung des Arms ist oft nicht ohne Schmerzen; auch die Beine sind meist krampfhaft angezogen. Häufig werden einzelne Glieder automatisch bewegt, zuweilen auch in einer solchen Weise, dass eine verborgene Empfindung, Vorstellung und Absicht die Bewegung zu veranlassen scheint (Greifen nach dem Kopf, hilfesuchende, bittende Gesticulationen, Anklammern der Hände, Fassen und Drüken der Umstehenden). Nicht selten sind Zukungen mit einzelnen Theilen oder selbst Anfälle von heftigen Convulsionen. Mit der Fortdauer der Affection werden die krampfhaften Bewegungen immer sparsamer und seltener und nimmt die Erschlaffung der Musculatur zu; nicht selten kommen partielle Lähmungen an einzelnen Muskelpartieen: der eine Mundwinkel fängt an herabzuhängen, was oft eine Zeitlang auf beiden Seiten wechselt, der Kiefer bleibt geöffnet, das Auge wird schielend, während die Mitbewegungen in diesen Theilen und zeitweise Verdrehungen und Verzerrungen in ihnen darum nicht aufgehoben sind. — Zugleich mit diesen vom Gehirn abhängenden Erscheinungen wird der Puls regelmässig langsam, kann bis zu 50 Schlägen in der Minute sinken und erhält sich mit geringen Schwankungen durch diese ganze Periode in solcher Frequenz, die Hauttemperatur ist mässig erhöht (circa 31°); häufig zeigen sich Schweisse, die nicht selten profus werden. Die Respiration ist ruhig, aber oft etwas schnarchend, das Erbrechen kommt nicht wieder, die Zunge ist troken und der Stuhl anhaltend verstopft, die Harnsecretion mehr oder weniger unterdrükt. — Diese Periode verläuft bald nur kurz, bald zieht sie sich über eine Woche und länger hin, und zuweilen bemerkt man in derselben auffallende Remissionen und scheinbar günstige Wendungen, welche aber gewöhnlich sofort von neuen Rükfällen gefolgt sind. Doch ist es auch nicht ganz selten, dass in derselben noch eine Wendung zum Bessern eintritt; diese ist aber um so weniger zu erwarten, je ausgebildeter die vom Gehirn abhängigen paralytischen Erscheinungen sind.

Es ist nicht möglich, die einzelnen Symptome der dritten Periode mit Bestimmtheit auf die anatomischen Verhältnisse zurükzuführen, und man kann in dieser Hinsicht nur Vermuthungen haben, welche durch einzelne anatomische Facta unterstüzt werden. Die Unbesinnlichkeit und Schlummersucht scheint vornehmlich ihren Grund in dem serösen Ergusse in die Ventrikel und in die Hirnsubstanz zu haben, und die delirirenden Aufregungen scheinen von der Reizung der Hirnrinde herzukommen, welche bald nur durch Blutüberfüllung, bald aber auch durch den Druk von dem flüssigen Exsudate zustandekommt. Namentlich lässt sich denken, dass die Delirien zusammenfallen mit den ihrer Beschaffenheit nach oft sichtlich verschiedenen Zeitpunkten angehörigen consecutiven diffuseren Exsudatschichten, welche neben dem granulirten Exsudate da und dort, besonders zwischen den tieferen Einschnitten des Gehirns und gegen die Convexität desselben herauf gefunden zu werden pflegen. Aber die Delirien sind in der Regel nur von kurzer Dauer und von mässiger Heftigkeit, weil alsbald die Oppression von Seiten der flüssigen Ausschwizung die Aeusserungen der intellectuellen Functionen des Gehirns wieder unterdrükt. Die Störungen in den von einzelnen Hirnnerven abhängigen Theilen, namentlich die Stumpfheit des Gesicht- und Gehörsinns, die Starrheit der Pupille, die Wendung des Bulbus nach

oben, das Schielen, die Starrheit in den Nakenmuskeln und in den Sternocleidomastoidei (Accessorius Will.) können als locale Beeinträchtigungen und Reizungen der betreffenden Nervenwurzeln durch die Exsudation angesehen werden, und in der That findet man zuweilen eine solche Vertheilung des Exsudats, dass dadurch die isolirte Störung in einzelnen Nervenbereichen und die Integrität anderer erklärt zu werden scheint. So war namentlich in einem Falle, bei welchem die Nakenmuskel keine Starrheit zeigten, der Accessorius frei; freilich fand ich in einem andern Falle, in welchem die Nakenmuskel wenigstens vorübergehend contrahirt und der eine Sternocleidomastoideus bleibend gespannt war, den Accessorius ebenfalls intact. Aber bei der Unbekanntschaft mit dem Verlaufe und der Ausbreitung der Fasern der einzelnen Hirnnerven innerhalb des Gehirns lässt sich niemals mit Bestimmtheit sagen, ob nicht intercerebrale Theile der Nerven noch durch das Exsudat beeinträchtigt sind. Es ist bemerkenswerth, dass die höheren Sinnesorgane in der dritten Periode zu einer Zeit schon vollkommen gelähmt zu sein pflegen, wo die motorischen Apparate, welche von Hirnnerven abhängen, wie die Muskel des Auges, die Antlizmuskel, die Kaumuskel und die vom Accessorius abhängigen Hals- und Nakenmuskel nur die Zeichen der Reizung und des Krampfes darbieten, auch die vom Trigeminus abhängige Empfindlichkeit der Haut des Antlizes nicht vermindert, sondern im Gegentheil gesteigert ist, und die Paralysen in diesen Theilen treten oft gar nicht in der dritten Periode oder doch erst an ihrem Schlusse ein. Bemerkenswerth sind ferner die lebhaften Reflexactionen und Mitbewegungen, welche sich in den Antlizmuskeln zeigen: es ist zu einer Zeit, in welcher der Sopor noch wenig vorgeschritten ist und der Kranke die Zunge noch vorstreken kann, gewöhnlich, dass bei jedem derartigen Versuche, sowie beim Schlingen, beim Oeffnen des Mundes der Bulbus sich mehr nach oben rollt, die Augbrauen in die Höhe gezogen werden und die Stirne sich in Querfalten runzelt. Auch bei zunehmendem Sopor zeigen sich bei jeder noch so leisen Berührung des Gesichts reichliche und intensive Bewegungen in den Antlizmuskeln und treten mannigfache automatische Verzerrungen und oft eigenthümliche und complicirte Grimassen ein, wie z. B. die saugenden Bewegungen des Mundes, das Zukneifen der Augen u. dergl. m. — Es ist nicht unwahrscheinlich, dass auch die Erlangsamung der Herzcontractionen von einer Reizung des Vagus abhängt. — Die zuweilen vorkommenden allgemeinen Convulsionen finden ihre Analogie in den durch experimentelle Reizung der Hirnbasis hervorgerufenen Krämpfen. — Erst gegen das Ende dieses Stadiums fangen an motorische Lähmungen einzutreten, und zwar sind sie Anfangs noch vorübergehend, unvollkommen, wechseln die Stelle und erreichen in diesem Stadium selten den Grad, den man bei der Meningitis der Convexität wahrzunehmen pflegt.

Die Verwechslung mit einem Typhus ist zwar in diesem Stadium nicht mehr so nahe gelegt, wie im zweiten, und ausgezeichnete und reine Fälle beider Krankheitsformen lassen sich leicht unterscheiden, zumal da bei der meningealen Affection, wenn sie isolirt auftritt, die Milz klein zu bleiben pflegt. Allein es ist nicht ganz selten, dass durch individuelle Complicationen und Umstände die Diagnose, vornehmlich wenn man den Kranken zum ersten Male sieht, wesentlich erschwert ist: diess besonders dann, wenn neben der localen Exsudation in der Pia noch eine verbreitete acute Tuberculose besteht, wobei gewöhnlich einige Vergrösserung der Milz vorkommt, wenn ferner durch vorangegangene Wechselfieber die Milz abnorm gross, wenn durch zufällige Complication mit dem Darme Auftreibung des Leibes und Diarrhöe besteht, oder aber wenn andererseits die typhöse Affection einen abnormen Verlauf hat. Von Wichtigkeit zur Unterscheidung beider Krankheiten sind ausser den Milzverhältnissen und den Roseolis, dem Zustand der Nakenmuskel, der Empfindlichkeit der Ileocöcalgegend besonders die in diesem Stadium der Meningealaffection constante Verminderung der Pulsfrequenz, welche beim Aufrichten des Individuums nicht, wie im typhösen Fieber, sich steigert und die, soweit meine Beobachtungen reichen, gleichfalls regelmässige Geringfügigkeit der Temperaturerhöhung, welche auf einer Stufe sich erhält, die bei einer typhösen Affection, zumal einer schwereren, stets überschritten wird.

Schwierig kann unter Umständen die Unterscheidung der granulirten Basilarmeningitis von einer einfachen Meningitis der Convexität sein. Denn wenn auch in extremen Fällen die vollkommene Abstumpfung der höheren Sinnesorgane, die Starrheit der Nakenmuskel, die reichlichen Reflexbewegungen, die nur vorübergehende und wenig in den Sopor herein sich erstrekende tobsüchtige Aufregung die Basilarmeningitis, und andererseits das weit heftigere Delirium, welches auch noch den Sopor färbt und sich während desselben durch die hilfesuchenden oder sonstige Vorstellungen ausdrükenden lebhaften Bewegungen kundgibt, die darauf folgende entschiedenere Lähmung in den Extremitäten die Meningitis der Convexität characterisirt,

so kommen doch Uebergänge zwischen beiden Formen von Symptomencomplexen nicht selten vor und sind gar nicht anders zu erwarten, da so häufig die Meningitis der Convexität sich in mässigem Grade in die Basis und die basiläre Meningitis sich gleichfalls in Andeutungen gegen die oberen Portionen der Hirnrinde erstrekt.

In der dritten Periode ist eine Rükbildung zwar nicht mehr mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten, aber doch noch möglich, hinterlässt aber stets eine lange Reconvalescenz, wenn auch die intellectuellen Functionen des Gehirns sich oft überraschend schnell wiederherstellen. In einem Falle, in welchem ohne allen Zweifel eine Basilarmeningitis, die bis ins dritte Stadium vorgeschritten war, überstanden wurde, habe ich den Tod an Hydrocephalus chronicus eine Anzahl von Jahren darauf erst eintreten sehen.

d) Die lezte Periode der granulirten Meningitis gibt sich zu erkennen durch eine fast plözliche, mindestens im Laufe eines Tages eintretende Erhöhung der Pulsfrequenz bis zum Doppelten, Dreifachen und Vierfachen, womit gewöhnlich auch eine Vermehrung der Respirationsfrequenz verbunden ist, die Körperwärme dagegen nicht steigt, sondern sogar zuweilen sinkt, wohl aber gewöhnlich profuse Schweisse eintreten. Dabei verhalten sich die intellectuellen, sensitiven und motorischen Erscheinungen entweder fortwährend in der Art des Torpors und die Paralyse nimmt noch zu, oder ist zuweilen dieselbe noch durch kurzdauernde Convulsionen, Aufschreien und kurzes Delirium, in welchem der Kranke aber nicht mehr zu articuliren vermag, unterbrochen. Diese Periode dauert immer nur kurz und selten erhält sich das Leben länger als 36 Stunden nach dem Eintritt der gesteigerten Pulsfrequenz. Nur in sehr seltenen Fällen scheint in diesem Stadium noch eine Herstellung erfolgt zu sein.

Das lezte Stadium der Meningitis ist stets von kurzer Dauer und gewöhnlich erfolgt der Tod 12—24 Stunden, nachdem die Pulsfrequenz eingetreten ist. Diese erreicht meist über 160 Schläge und kann über 200 in der Minute steigen. Es ist diese rasche Zunahme der Herzcontractionen analog derjenigen, welche man bei der toxischen Wirkung der Digitalis oder bei der Durchschneidung der Vagi wahrnimmt, und ihr rasches und fast ausnahmsloses Eintreten am Schluss der Krankheit lässt vermuthen, dass sie auf einer Paralyse dieser Nerven beruhe. — Viel weniger constant ist eine beträchtliche Zunahme der Respirationsfrequenz, welche jedoch in manchen Fällen über 60 Züge in der Minute erreicht; dagegen erfolgt zuweilen eine Abnahme der Temperatur an dem lezten Tage, und es kann das entgegengesezte Steigen von Puls- und Respirationsfrequenz und das Fallen der Temperatur vor dem Tode als ein für die tuberculöse Meningitis so characteristisches Phänomen angesehen werden, dass dadurch in zweifelhaften Fällen noch in der Stunde der Agonie die Diagnose gesichert werden kann. Meist erfolgt der Tod noch unter Bronchialrasseln, und sehr häufig finden sich in der Leiche Oedeme und schlaffe Hepatisationen, oft auch ausgedehntere und festere Infiltrationen der Lungen.

Dieser Verlauf der sozusagen primären tuberculösen Meningitis wird kaum durch die Altersverhältnisse modificirt, ausser soweit diese überhaupt auf die Gestaltung jeder Erkrankung Einfluss haben. Erwachsene und Kinder bieten in jenem Verlaufe kaum Differenzen dar. Solche unerhebliche Unterschiede können sich auf folgende Verhältnisse beziehen:

Bei Kindern ist im Allgemeinen das Vorbotenstadium auffallender, länger;

bei Kindern ist der ganze Verlauf im Durchschnitt protrahirter, als bei Erwachsenen;

der Kopfschmerz ist bei Erwachsenen über die übrigen Erscheinungen vorwiegender und sie klagen häufiger über Kreuzschmerzen;

die Delirien sind bei Erwachsenen und älteren Kindern stürmischer, als bei kleinen Kindern;

die convulsivischen Zufälle überwiegen bei Kindern;

die Nakenstarrheit, in jedem Alter vorhanden, ist doch bei Kindern auffallender in der Wirkung auf die Stellung des Kopfes;

der Puls wird bei kleinen Kindern nicht leicht so langsam als bei Erwachsenen,

erreicht schon in der ersten Periode, zumal aber im Terminalstadium eine im Durchschnitt noch enormere Frequenz;

der Wechsel der Farbe des Gesichts: Blässe und fliegende Röthe ist bei Kindern häufiger, rascher und markirter als bei Erwachsenen;

bei Kindern ist eher noch in späteren Stadien eine günstige Wendung zu erwarten.

3) Der Verlauf der primären granulirten Meningitis zeigt in nicht häufigen Fällen eine Art von Intermittenz, indem die oft schon zu ziemlich hohem Grade gediehenen Erscheinungen zuweilen unerwartet sich wieder ermässigen, ein Schein von Wohlbefinden und eine trügerische Reconvalescenz sich herstellt. Nach kurzer Dauer dieses bessern Zustandes beginnen aber die Erscheinungen aufs Neue und pflegen beim zweiten oder aber auch erst beim dritten Auftreten tödtlich zu werden. Noch häufiger kommen Fälle vor, in welchen nur eine unvollständige Remission der Erscheinungen sich einstellt, die man wohl für eine Wendung zur Besserung anzusehen geneigt sein kann, indem der Kranke ruhiger wird, selbst einige Stunden oder Tage lang Zeichen von freierem Bewusstsein gibt, sofort aber, oft unter Convulsionen, oft ohne solche, aufs Neue in den schwersten Zustand zurükfällt.

Ein solcher in Stössen erfolgender Verlauf der tuberculösen Meningitis pflegt vornehmlich dann sich zu zeigen, wenn gleichzeitig in andern Organen Miliargranulationen in verschiedenen, succedirenden Schüben abgesezt werden. In solchen Fällen kann sogar eine Zeit lang die Krankheit grösste Aehnlichkeit mit einem intermittirenden Fieber haben, scheinbar durch Chinin Heilung derselben eintreten und nach trügerischer, oft auch unvollständiger Herstellung ein neuer Ausbruch mit continuirlichem Verlauf erfolgen.

4) Wenn die granulirte Meningitis zu andern Affectionen des Gehirns hinzutritt, so kann sie, falls leztere symptomenarm oder ganz latent gewesen sind, oder auch wenn sie nur durch zeitweise Anfälle (epileptische) sich kundgegeben oder einen mehr habituellen, abnormen Status (Geistesstörung) bedingt hatten, nach allen Beziehungen die Erscheinungen und den Verlauf der primären Form haben. Je schwerer dagegen die Symptome der vorangehenden Gehirnstörung waren, um so verwischter sind die Zeichen der hinzutretenden granulirten Meningitis.

In solchen Fällen gibt sie sich häufig nur dadurch zu erkennen, dass Gesicht- und Gehörsinn stumpf werden, der Kopf seitlich gehalten oder nach hinten übergebeugt wird, die Nakenmuskel und Sternocleidomastoidei straff und schmerzhaft werden, der Bulbus eine starre Stellung annimmt, nach oben sich richtet oder zu schielen anfängt, dass auffallende reflectirte, associirte und automatische Bewegungen im Antliz eintreten und dass ein durch Stöhnen und Wimmern unterbrochener Sopor überhandnimmt. Auch kann in solchen Fällen das unerwartet eintretende Erbrechen, die Erlangsamung des Pulses, wenn solche nicht schon vorher bestand und vornehmlich wenn sie mit einer mässigen Erhöhung der Temperatur zusammenfällt, sowie das unfreiwillige Abgehen des Harns Verdacht erregen.

5) Die im Verlaufe mehr oder weniger entschiedener phthisischer Symptome auftretende secundäre Meningitis stellt sich in verschiedenem Typus bald mehr der primären ähnlich bald von ihr abweichend und verwischt dar.

a) Zuweilen und zwar vornehmlich dann, wenn die Tuberculose extracephaler Theile, namentlich der Lungen, der Lymphdrüsen, noch mässige, beschränkte und chronisch verlaufende Symptome gemacht hat, unterscheidet sie sich in nichts von dem Symptomenbilde und dem Decursus der primären granulirten Meningitis. War in solchen Fällen schon hectisches Fieber vorhanden und der Puls dadurch beschleunigt, so pflegt dieser an Frequenz auffallend abzunehmen, die Dyspnoe sowie

der Husten und Auswurf werden häufig geringer oder verschwinden ganz. Dagegen entwikeln sich die characteristischen Erscheinungen der neuen Erkrankung, welche den der primitiven Meningitis gewöhnlichen Verlauf einhält.

b) In andern Fällen stellt sich die Gehirnaffection in der Weise allmälig ein, dass in dem gewöhnlichen Verlaufe der Tuberculose von Zeit zu Zeit der Kranke über heissen Kopf, über Schmerzen in demselben klagt, — Symptome, welche aber Anfangs wiederholt wieder verschwinden, nach und nach jedoch überhandnehmen, dass ferner zuweilen Erbrechen eintritt ohne bekannte Ursache, dass der Schlaf unruhiger wird; zuweilen erlangsamt auch der Puls und ermässigt sich etwas die Hauttemperatur. Nach und nach gesellen sich Delirien und Nakencontracturen hinzu und mehr und mehr vervollständigt sich das Bild der Meningitis tuberculosa, wie sie bei primärem Auftreten sich darstellt. Das lezte mit erneuerter Pulsfrequenz eintretende Stadium kann in diesen Fällen etwas länger dauern und bis auf drei Tage sich erstreken; auch pflegen die Herzcontractionen nicht die immense Frequenz zu erreichen, welche bei der primären Basilarmeningitis beobachtet wird.

c) In andern Fällen beginnt die Catastrophe mehr mit einem auffallenden Benehmen, mit verändertem Blike, mit auffallender Lustigkeit und Gesprächigkeit, mit Eintreten von Hallucinationen und fixen Wahnideen, welche Erscheinungen sich gemeiniglich innerhalb des ersten Tags zu Delirien, oft von der Art der Mania potatorum entwikeln und worauf sich entweder unter raschem Collaps frühzeitig der Tod oder noch zuvor ein soporöses Stadium mit den übrigen Erscheinungen der dritten Periode primärer Meningitis anschliesst. Es ist in diesen Fällen nicht selten, dass der ganze Symptomencomplex eine grosse Aehnlichkeit mit den Erscheinungen eines typhösen Fiebers annimmt, und in den meisten Fällen darf man bei solchem Verlaufe nicht bloss eine isolirte Meningealexsudation, sondern zugleich einen Nachschub zahlreicher, in den Lungen und in andern Organen verbreiteter Absezungen von Tuberkelgranulationen erwarten.

d) Wenn endlich die meningeale Exsudation als Terminalaffection einer bis zum äussersten Grade fortgeschrittenen Tuberculose sich einstellt, so gibt sie bald gar keine Erscheinungen, bald stellt sie sich mit einzelnen rudimentären Symptomen der primären Basilarmeningitis, bald in der Form wenige Tage dauernder typhöser Erscheinungen dar. Es lässt sich jedoch in diesen Fällen meistens in keiner Weise eine bestimmte Diagnose machen, da alle dabei vorkommenden Zufälle ebensowohl von der Agonie, als von der neu hinzugetretenen Störung abhängen können.

C. Die Dauer der Affection vom ersten Auftreten der Symptome beträgt in seltenen Fällen unter einer Woche, meist zwei bis drei Wochen; zuweilen zieht sie sich über mehr als einen Monat, in sehr seltenen Fällen über mehr als zwei Monate hin.

Der Ausgang der tuberculösen Meningitis ist:

gewöhnlich der Tod, wenigstens in der weit überwiegenden Mehrzahl aller vollkommen entwikelten und entschieden characterisirten Fälle, wahrscheinlich ohne Ausnahme in denjenigen Fällen, welche einer vorgeschrittenen Tuberculose der Lungen consecutiv sind;

Genesung, wiewohl in Fällen, welche zur zweiten Periode vorgeschritten sind, schon selten, in solchen, welche die dritte erreicht haben, nur sehr ausnahmsweise, nach dem Beginn der vierten fast niemals; auch nach vollständiger Genesung bleibt eine Neigung zu Recidiven zurük;

unvollständige Genesung mit Zurükbleiben von Symptomen von Hydrocephalus chronicus oder partiellen Lähmungen.

Die Meinungen über die Heilungsfähigkeit der tuberculösen Meningitis sind sehr verschieden. Während Robert Wytt bekennt, keinen einzigen seiner Kranken geheilt zu haben, will Heim 30%, Gölis 41% und Formey fast alle diejenigen, welche ihm zeitig genug zur Behandlung gekommen waren, geheilt haben. Es dürfte auf der einen wie auf der andern Seite Uebertreibung sein.

Die Möglichkeit einer Heilung kann durch aprioristische Gründe nicht widerlegt werden: denn in der That ist nicht einzusehen, wesshalb das meist geringfügige, in Granulationen sich gestaltende Exsudat weniger einer Heilung zugänglich sein sollte, als dike Exsudatschichten. Eher dürfte als Erschwerung der Herstellung der

reichliche seröse Erguss in die Ventrikel zu betrachten sein; doch kann auch dieser nicht als absolutes Hinderniss für die Heilung angesehen werden. Dass aber wirklich Heilungen der tuberculösen Meningitis vorkommen, wird schon in einzelnen Fällen aus dem Gang der Symptome wahrscheinlich, obwohl bei allen solchen Beobachtungen die Richtigkeit der Diagnose angefochten werden kann, um so mehr, da die Besserung fast immer nur in einer solchen Periode eintritt, in welcher die Druksymptome noch nicht deutlich begonnen haben; und dass die irritativen Erscheinungen von sehr mannigfaltigen Störungen abhängen können, ist nicht in Abrede zu stellen. Indessen existiren doch mehrere Fälle, in welchen die Erscheinungen der Meningitis bis zu ihrer vorgerükteste n Entwiklung, selbst mit Paralysen, ganz unzweifelhaft bestanden haben und doch complete Heilung erfolgte und die Individuen zum Theil bis in ein vorgerüktes Alter gesund blieben: z. B. eine Anzahl von Fällen, welche Hahn (l. c.) mitgetheilt hat, unter denen die Observ. 13 die unanfechtbarste ist, sowie die erste und zweite Beobachtung von Rilliet, bei welchen nur der weitere Gang der Gesundheit nach der Herstellung nicht beobachtet wurde; auch einige Fälle von deutschen Beobachtern, namentlich von Röser können hierher gerechnet werden. Ein noch strengerer Beweis für die Heilbarkeit der Krankheit ist jedoch der, dass nicht selten in tödtlichen Fällen nicht nur frische, sondern auch hart und derb gewordene, offenbar geschrumpfte und alte Granulationen in der Hirnhaut sich vorfinden, also Veränderungen, welche wenigstens ihrer Zeit nicht mit dem Tode geendet hatten. Ein Fall von Rilliet (Arch. gén. E. II, 659) ist darum von höchstem Interesse, weil die Geschichte der ersten geheilten, wie der zweiten tödtlichen Erkrankung genau beobachtet wurde. Ein 5½jähriger Knabe wurde von einer tuberculösen Cerebrospinalmeningitis befallen, welche am 48sten Tage einen Grad erreicht hatte, dass man in wenigen Stunden den Tod erwartete; der Puls schlug 160mal, war äusserst klein und die Respiration langsam und ungleich. Von dieser Zeit an begann die Besserung, welche rasch, jedoch mit einzelnen Unterbrechungen, Fortschritte machte, bis am 83sten Tage ein Abscess am Perinäum sich bildete, nach dessen Eröffnung das Wohlbefinden und alle Functionen sich vollkommen herstellten. Einige Monate darauf fiel der Knabe von einer ziemlichen Höhe auf den Kopf und wurde bewusstlos aufgehoben; schwere Gehirnsymptome folgten, allein nach Verlauf von acht Tagen verloren sie sich und wiederum stellte sich das Wohlbefinden in ungetrübter Weise her und erhielt sich 5½ Jahre lang; seine Intelligenz war vollkommen, alle seine Sinne normal, alle Bewegungen frei. Auf einmal und ohne neue Ursachen klagte er über den Kopf, bekam Erbrechen; 10 Tage darauf verliert er das Bewusstsein und rasch bilden sich alle Erscheinungen der tuberculösen Meningitis aus, welche in der vierten Woche mit dem Tode endete. In der Leiche fanden sich sehr erweiterte Hirnventrikel mit 160 bis 180 Grm. vollkommen klarer Flüssigkeit, in der Pia frische, ziemlich reichliche Granulationen und neben ihnen eine alte Ablagerung von tuberculösem Aussehen, aber von ungewöhnlicher Härte, umgeben von verdichtetem und derbem Bindegewebe; auf der Convexität des Gehirns und an der Basis eine liniendike derbe Verdichtung der fest mit einander verwachsenen Pia und Arachnoidea; im Knochen Spuren einer alten Fractur.

IV. Therapie.

A. Bei Individuen, welche zu einer granulirten Meningitis disponirt erscheinen, z. B. bei Kindern, deren Geschwister an der Krankheit gestorben sind, bei solchen, welche an hartnäkigen, nässenden und crustösen Ausschlägen des Kopfes leiden, eine ungewöhnliche Reizbarkeit des Gehirns zeigen, ist ein prophylactisches Verfahren nöthig, welches hauptsächlich in möglichster Schonung des Gehirns und in Kräftigung des Körpers besteht.

Es ist bei den Individuen, welchen eine Disposition zu der Krankheit zugeschrieben werden muss, besonders Alles zu vermeiden, was Hyperämie des Gehirns veranlasst und die Functionen des Organs in einer unangemessenen Weise steigert. Vornehmlich ist in dieser Beziehung bei Kindern die grösste Aufmerksamkeit nöthig. Man hat nicht nur die Entwiklung des Geistes bei ihnen nicht zu steigern, sondern sie eher zurükzuhalten, alle vorzeitigen Functionirungen des Organs aufs Strengste zu unterlassen, sondern auch die Einwirkung starker Sinnesreize, übermässiger Wärme (Schlafen in warmen Zimmern, Sonnenstrahlen, warme Kopfbedekungen), Erschütterungen des Kopfes möglichst abzuhalten. Dagegen ist für eine Kräftigung des Körpers, am meisten durch den Genuss einer guten und frischen Luft und durch

nicht übermässige Bewegung, sowie durch eine dem Alter angemessene, nicht zu reizende, aber nährende Kost Sorge zu tragen, Verstopfung nicht zu dulden; sind Ausschläge am Kopf vorhanden, so dürfen dieselben nur mit grosser Vorsicht behandelt werden, und es ist besser, sie in einem mässigen Grade zu unterhalten, als sie zu unterdrüken. Verdoppelte Sorgfalt muss eintreten, wenn ein Fall auf den Kopf stattgefunden hat und vornehmlich wenn nach einem solchen oder spontan das Kind anfängt, ohne besondere Ursache über Müdigkeit zu klagen, auf den Beinen schwankt, ungewöhnlich häufig fällt, über den Kopf sich beschwert, unruhig schläft, mit den Zähnen knirscht, im Schlafe redet und vorzüglich wenn damit ein entstelltes Aussehen verbunden ist. In solchen Fällen hat, so unsicher auch die Befürchtung der beginnenden Erkrankung ist, die Therapie des Vorbotenstadiums ungesäumt einzutreten.

B. Beim Eintreten der ersten und prodromalen Symptome hat man selbst bei zweifelhafter Diagnose die Anwendung eines sorgfältigen diätetischen und unter Umständen medicamentösen Verfahrens nicht zu versäumen.

1) Unter allen Umständen müssen alle aufregenden und reizenden Einwirkungen auf das Gehirn und auf die Sinne vermieden, der Kopf kalt gehalten, dem Körper Ruhe verschafft, die Diät soviel wie möglich beschränkt und der Stuhl offen gehalten werden.

2) Sind die Prodromalerscheinungen rasch eingetreten, jedoch von mässigem Grade, namentlich Kopfschmerz, unruhiger Schlaf, Lichtscheu, Verstopfung mit oder ohne Erbrechen und ein mit dem früheren Verhalten contrastirendes krankhaftes Aussehen vorhanden, so erscheint die Anwendung einiger Dosen Calomel am geeignetsten, und man bemerkt zuweilen bei freilich noch zu bezweifelnder Diagnose einen auffallend raschen Erfolg davon.

3) Nur wenn Umstände vorhanden sind, welche es wahrscheinlich machen, dass eine Magenüberladung dem Auftreten der für tuberculöse Meningitis Verdacht gebenden Erscheinungen voranging, ist es geeignet, das Erbrechen durch milde Brechmittel zu unterstüzen oder sogar es hervorzurufen. — Hat man die Vermuthung, dass sich Würmer in dem Darm befinden, so ist dem Calomel Santonin oder Semen Cinae beizusezen, auch sind die wurmtreibenden Mittel noch nach der Anwendung des Calomels fortzugeben. — Sind Kopf- und Gesichtsausschläge vor dem Eintritt der Hirnsymptome abgeheilt oder plözlich verschwunden, so ist es zwekmässig, durch eine Vesicatorsalbe oder durch andere Reizmittel die Hautaffection wiederherzustellen.

4) Bei intensiveren Kopfsymptomen und namentlich wenn zugleich einige Fieberhize vorhanden, ist neben dem übrigen Verfahren die Anwendung von kalten Ueberschlägen über den Kopf, von einem reizenden und purgirenden Clysma (Essig, Ol. Ricini etc.), von schwach sinapismirten Cataplasmen auf die Beine und bei irgend kräftigen und vollblütigen Kindern die Application von einigen Blutegeln hinter die Ohren indicirt.

Das Hauptmittel in der ersten Periode der Krankheit ist das Calomel, neben dessen Gebrauch aber freilich die weitere Sorgfalt in dem diätetischen Verfahren nicht verabsäumt werden darf. Man hat in neuerer Zeit gegen die Anwendung jenes Mittels polemisirt; aber es dürfte wohl nicht leicht einen grundloseren und verderblicheren Aberglauben geben, als den über die vermeintlichen Vergiftungen der Kinder durch die mässigsten Gaben des Calomels und über die schreklichen Wirkungen dieses Mittels. So gewiss es ist, dass man dieses Medicament, wie überhaupt alles das, wovon man eine kräftige Wirkung verlangt, vorsichtig handhaben

muss, so kann andrerseits Jeder, der diese Vorsicht nicht bei Seite lässt, von den raschen und günstigen Folgen der Anwendung desselben, zumal bei den angeführten Symptomen, sich überzeugen. Die Dose des anzuwendenden Calomels beträgt je nach dem Alter des Kindes und der Dringlichkeit der Symptome gr. ¼ bis jj, und zwar verbindet man es vortheilhaft mit Magnesia oder kohlens. Kalk, weil dadurch die Geneigtheit zum Wegbrechen vermindert wird. Man sezt es in kürzeren oder längeren Zwischenräumen, d. h. alle 3 bis 24 Stunden, fort, bis entweder Symptome der medicamentösen Wirkung (Calomelstühle, übler Geruch aus dem Munde, Follicularentzündungen an den Lippen, Schwellung der Zunge) eintreten, oder die krankhaften Erscheinungen, um derentwillen man es gegeben hatte, sich verlieren. — Andere innerliche Mittel sind in den frühesten Stadien von zweifelhaftem Nuzen. Am häufigsten hat man die Digitalis angewandt, aber meist in sehr kleiner Dose und überdem in Verbindung mit Calomel, so dass der Antheil des Mittels an der Wirkung nicht zu bestimmen ist. Am ehesten dürfte die Digitalis zur Verwendung kommen, wenn entweder die fieberhaften Störungen mehr gesteigert sind oder die Harnsecretion sich auffallend vermindert zeigt. — Auch das Jod hat man in früher Periode schon gegeben: bald allein in der Dose des Jodkaliums stündlich zu gr. jv in Auflösung (Röser), bald in Verbindung mit Calomel. Es kann bei Individuen, welche an Drüsentuberculose oder an andern Erscheinungen leiden, welche eine anomale Constitution anzeigen, nur ganz angemessen sein, das Jod selbst schon in den Vorboten zu gebrauchen, während bei zuvor gesund erscheinenden Kranken man sich seltener dazu bewogen finden wird.

Neben den Vorschriften für die positive Behandlung des Vorbotenstadiums ist zu beachten, dass gewisse Mittel in demselben contraindicirt und zu vermeiden sind. Hiezu gehört vor Allem das Opium. Auch müssen alle diaphoretischen und andere erhizende Einwirkungen weggelassen werden.

Bei Erwachsenen werden die Prodromalsymptome als solche viel seltener Gegenstand der Therapie, da sie einerseits in vielen Fällen ganz wegfallen, andererseits, wenn Vorbotensymptome bei einem zuvor gesunden Individuum eintreten, sie nicht leicht auf die tuberculöse Meningitis zu beziehen sind. Zeigen sich Erscheinungen, welche sich später als die Vorboten der Krankheit ausweisen, so wird gegen sie auch nur in symptomatischer Weise verfahren. Eher kann bei tuberculösen Individuen der Beginn der Erkrankung schon an den Vorboten erkannt werden (heisser Kopf, Kopfschmerzen, Erbrechen, ungewöhnliches Benehmen), in welchem Falle man dafür zu sorgen hat, dass die Narcotica sofort ausgesezt werden, der Kopf kühl gehalten und selbst mit kalten Umschlägen bedekt, die Temperatur des Locals vermindert und der Stuhl offen gehalten werde.

C. Das Verfahren nach dem Eintritt entschiedener Zeichen und nach dem vollständigen Ausbruch der Krankheit oder in der zweiten Periode derselben ist:

wenn der Fall jezt erst zur Behandlung kommt, dasselbe wie während der Vorboten; nur ist eine noch strengere Durchführung nothwendig und strenges Verbleiben im Bett und Fieberdiät unerlässlich und ist mit der Anwendung von Blutentziehungen bei irgend geeigneten Individuen, sowie mit dem anhaltenden Gebrauch kalter Ueberschläge ohne Säumen vorzugehen.

Wenn dagegen die Prodromalsymptome schon in der angeführten Weise behandelt wurden und namentlich das Calomel bereits zu einer Wirkung gekommen ist, dass die Fortsezung des Mittels nicht weiter räthlich erscheint, so hat man am meisten Hoffnung auf Erfolg bei der Anwendung des Jodkaliums in starken Dosen, womit der fortwährende Gebrauch von kalten Umschlägen auf den Kopf, von Purgantien nach Bedürfniss, von reizenden Klystiren, von Hautreizen auf entfernte Theile zu verbinden ist. Auch kann in solchen Fällen ein lauwarmes Bad mit kalten Ueberschlägen, die Einreibung von Queksilbersalbe bei noch nicht eingetretener oder wieder vorübergegangener Mercurialwirkung, ein Diureticum, ein Blasenpflaster auf die Stirn angewandt werden.

In dieser Periode ergibt sich das diätetische Verhalten in dem Falle einer gleichmässigen Zunahme der Krankheit von selbst, und man muss nur daran erinnern, dass in keiner Weise der Kranke durch Sinneseindrüke und durch Sprechen mit ihm beunruhigt werden darf, dass Stille, Dunkelheit und überhaupt vollkommene Ruhe der Umgebung für ihn unerlässlich sind. Aber noch weit mehr ist in den Fällen Vorsicht nöthig, in welchen, wie es so oft geschieht, auffallende Remissionen und scheinbare Wendungen zur Genesung sich zeigen, der Kranke wieder sprechen und sich beschäftigen, das Kind spielen will, der Appetit wiederkehrt. Gerade in solchen Stunden ist die Abhaltung aller Hirn- und Sinnesreize fast noch nothwendiger als in den Momenten der Aufregung, und man sieht nicht selten, dass eine einzige Unvorsichtigkeit die schwersten Erscheinungen zurükruft, von welchen man wenigstens nicht beweisen kann, dass sie spontan wiedergekehrt wären. Soviel als nur immer möglich ist und ohne nachtheilige psychische Aufregung geschehen kann, muss man der wiederkehrenden Lust zur Beschäftigung, zum Verkehr mit Andern nicht nachgeben, und bei Kindern selbst das ruhigste Spielen, das Betrachten von Bildern womöglich nicht gestatten. Der sich zeigende Appetit muss mit der grössten Vorsicht und nur mit leicht verdaulichen, nicht reizenden Dingen befriedigt werden, und unter keinen Umständen ist das Bett zu verlassen, ehe die Besserung sich entschieden consolidirt hat.

D. In der dritten Periode kann dasselbe Verfahren wie in der vorangehenden fortgesezt werden; doch wird das Queksilber jezt besser bei Seite gelassen und die kalten Ueberschläge sind nur dann fortzusezen, wenn sie den Kranken erleichtern und beruhigen, das Jodkalium und die Diuretica werden verstärkt, die Vesicatore sind zu vervielfältigen und bei zunehmendem Sopor kann statt ihrer eine stärkere Einreibung auf den Kopf (von Crotonöl, Brechweinsteinsalbe) gemacht werden. Von grossem Erfolg sind zuweilen kalte Uebergiessungen, vornehmlich wenn tiefer Sopor vorhanden ist. Auch dürfen Einwiklungen in nasskalte Tücher versucht werden. Bei häufig sich wiederholenden Convulsionen, bei grosser Unruhe und Wechsel der Symptome, zumal bei zugleich erweiterten Pupillen ist die Anwendung des Opium nicht zu verwerfen.

So gering die Aussicht der Behandlung in der dritten Periode ist, so darf die Anwendung energischer Mittel doch nicht ausgesezt werden. Das Jodkalium, da es von manchen Seiten so dringend empfohlen ist und da es andererseits nicht wohl einen beträchtlichen Schaden zu bringen vermag, ist mit Consequenz und in grossen Dosen (wenigstens ℨjj pro die) fortzusezen, obwohl ich sagen muss, dass in einer Reihe von Fällen, in welchen ich es angewandt habe, ich auch nicht ein einziges Mal eine heilende Wirkung bei der tuberculösen Meningitis davon gesehen habe. Ebenso sind die Gegenreize auf den Kopf, wenn der Verlauf nicht ein zu rapider ist und das Individuum nicht Verhältnisse darbietet, welche zum Voraus alle Aussicht auf Erfolg vereiteln, anhaltend und in intensiver Weise zu gebrauchen. Denn wenn auch der Mehrzahl der Fälle ohne Gewinn eine Unbequemlichkeit dadurch bereitet wird, so kommt diese nicht in Betracht gegenüber der Möglichkeit, wenigstens hin und wieder ein Individuum zu retten. Die kalten Uebergiessungen sind ein vortreffliches Mittel, und wenn sie nicht zu spät angewandt werden, so sieht man fast immer einen günstigen Erfolg auf den Sopor und die übrigen Erscheinungen, obwohl allerdings dieser Erfolg meist nur ein vorübergehender ist und nur wenige Stunden anhält. Doch ist wenigstens denkbar, dass dieser Beginn einer Besserung doch einmal sich erhalten könne. — Statt der kalten Ueberschläge auf den Kopf empfiehlt Romberg in diesem Stadium warme Fomente. Das warme Bad kann zuweilen als Beruhigungsmittel bei den Convulsionen dieser Periode angewandt werden. — Blutentziehungen dürften selten und höchstens im Anfange dieser Periode indicirt sein und namentlich darf man sich nicht durch die zeitweise Röthung des Gesichts dazu verleiten lassen; denn man sieht zuweilen rasch nach ihnen Krämpfe ausbrechen oder den Kranken in tiefen Collaps verfallen. — Die innere Anwendung von Reizmitteln, wie Ammoniak, Moschus, kann höchstens den Nuzen haben, für den Augenblik den Collaps aufzuhalten. Bei den anatomischen Verhältnissen des Gehirns ist es aber nicht wahrscheinlich, dass beim Fortbestehen des wässerigen Ergusses in die Ventrikel durch die von jenen Mitteln bewirkte Hirnhyperämie ein dauernder Nuzen herbeigeführt wird.

E. Die Behandlung der lezten, durch Wiederbeschleunigung des Pulses angezeigten Periode kann durch dieselben Anwendungen geschehen, wie die der vorangegangenen; jedoch sind bei so vorgeschrittenem Zustand dieselben von einem kaum denkbaren Nuzen. Auch heisse Uebergiessungen und heisse Bäder oder Bäder mit reizenden Ingredienzen hat man in solchen Fällen noch versucht. Die Anwendung innerlicher Reizmittel kann auch hier kaum einen Erfolg haben. Man hat nur zu suchen, symptomatisch dem Kranken einige Erleichterung zukommen zu lassen.

F. In der Reconvalescenz ist die äusserste Sorgfalt nothwendig, sind alle Gehirnanstrengungen noch lange zu vermeiden und ist durch reine Luft, Nahrung und milde Tonica allmälig die Constitution zu kräftigen.

e. *Die chronischen Infiltrationen und Granulationen der Pia.*

I. Verdikungen der Pia, wobei immer auch die Arachnoidea in einem infiltrirten Zustand sich befindet, finden sich sehr häufig in der Leiche. Sie fehlen selten bei bejahrten Individuen; aber auch bei jüngeren Subjecten sind sie sehr gemein, vornehmlich bei solchen, welche viel an Kopfschmerzen gelitten oder ein bewegtes psychisches Leben geführt hatten, sowie bei Geisteskranken und Säufern.

Die Verdikungen sind in manchen Fällen offenbar eine primär sich ausbildende Störung. In andern Fällen dagegen scheinen sie die Residuen einer abgelaufenen heftigeren Entzündung der Pia zu sein.

II. Die Verdikungen kommen vor

theils auf der Convexität und zwar meist auf beiden Hemisphären und nahe an der Mittelspalte des Gehirns, woselbst sie bald eine zusammenhängende Platte darstellen, bald mehr in der Form gruppirter und dicht gedrängter Granulationen erscheinen; wenn sie massenhaft sind, so können sie auf der Hirnsubstanz mehr oder weniger bedeutende Eindrüke machen und ebenso einen stellenweisen Schwund der Dura und sogar des Schädels (Eindrüke, Vertiefungen) bewirken; auch kommen in ihnen zuweilen Incrustationen vor;

theils finden sie sich an der Basis des Gehirns, vornehmlich in der Nähe des Chiasma, und zwar in diesem Falle meist in Verbindung mit einem mehr oder weniger bedeutenden Hydrops der Ventrikel.

Die Verdikungen der zarten Hirnhäute sind in vielen Fällen durchaus latent und sie werden bei Solchen gefunden, welche niemals an Störungen der Gehirnfunctionen gelitten hatten. Nicht nur mässige, sondern selbst sehr reichliche und ausgebreitete Verdikungen zeigen diese Einflusslosigkeit auf die Functionen des Gehirns.

Andererseits sind diese Verdikungen in manchen Fällen die kaum zu bezweifelnde Ursache von habituellem und hartnäkig wiederkehrendem Kopfschmerz, von trüber Gemüthsstimmung und andern Störungen der psychischen Functionen, während die in grösserer Verbreitung an der Basis vorkommenden hauptsächlich durch den gleichzeitig bestehenden Ventricularhydrops wirken, doch auch für sich die Ursprünge der Nerven und das

Gehirn selbst beeinträchtigen und Störungen der Sinne und motorische Symptome hervorrufen können.

Diese Affectionen, gewöhnlich von höchst lentescirendem Verlauf und Jahre lang unter lästigen, aber ungefährlichen Symptomen fortdauernd, bringen doch zuweilen eine bedeutendere Gefahr und können selbst den tödtlichen Ausgang mit begründen. An sich mässige Hyperämieen und Entzündungen der Hirnhäute oder der Hirnsubstanz sind bei zuvor schon bestehenden derben Infiltrationen der Pia von ungleich grösserem Belang und können überraschend schnell den Tod herbeiführen.

Zuweilen findet man in Leichen von Individuen, welche unter den Erscheinungen einer kurzdauernden heftigen Gehirnaffection gestorben sind, so unerhebliche Grade von Blutüberfüllung und frischer Exsudation, dass die Heftigkeit der Symptome und der tödtliche Ausgang nicht zu deuten wären, wenn nicht die zugleich vorhandene alte Infiltration der zarten Hirnhäute als Mitgrund des schweren Verlaufes angesehen werden könnte. Man kann sich denken, dass bei einem schon zuvor bestehenden habituellen Druk auf das Gehirn, der an sich nicht oder wenig empfunden wird, die hinzutretende, für sich unbeträchtliche Störung rasch den Ausschlag zur Entwiklung der schwersten Zufälle gibt. Hievon gibt folgender Fall ein Beispiel:

L. U., ein 32jähriger Buchbinder, der früher an Intermittens und constitutioneller Syphilis gelitten, aber niemals Hirnsymptome gezeigt hatte, wurde auf einmal ohne bekannte Ursache von Kopfschmerz, Schwindel, nächtlicher Unruhe mit Delirien, Erbrechen und Verlust des Appetits befallen. Er arbeitete jedoch noch fortwährend und kam erst acht Tage darauf in Behandlung. Bei der ersten Untersuchung zeigte er einen gläsernen Blik, mit dem rechten Auge zeitweisen Strabismus divergens und am oberen Lide desselben ein deutliches Pulsiren einer kleinen Arterie, Schmerz über diesem Auge, häufiges Niedersinken der Auglider. Benehmen schläfrig, keine klare Besinnung über Vergangenes, zuweilen unpassende Antworten. Blassrothe, etwas eingefallene Wangen, trokene Lippen, Zunge mässig belegt, feucht, beim Vorstreken etwas nach links gewendet. Respirationsorgane normal. Ungewöhnlich starke Herzpulsationen, 76 in der Minute, mit einem schwachen Reibungsgeräusch sowohl bei der Systole als der Diastole und dem Gefühl eines leichten Anstreifens während der Diastole. Unterleib eben, weich, nicht schmerzhaft und sonst nichts Abnormes zeigend. In den folgenden Tagen fortwährend mässiger Kopfschmerz, viele Unruhe, zumal bei Nacht, einige Zurükbeugung des Kopfes mit Spannung der Sternocleidomastoidei. Im Harn zuweilen starke Sedimente von Phosphaten. Vorübergehende Verengerungen der rechten Pupille. In der Nacht vom vierten auf den fünften Tag der Beobachtung Delirien mit Convulsionen, Offenstehen des Mundes, heisser Kopf, Puls 132; bald darauf unter reichlichen Schweissen Agonie mit automatischen Bewegungen, Trachealrasseln, frequent und ungleich werdende Respiration; und ca. 36 Stunden darauf, nachdem der Puls 148 Schläge, die Respiration 60 Züge erreicht, das Gesicht livid und mit kaltem Schweiss bedekt, die Sternocleidomastoidei fortwährend gespannt waren, erfolgte der Tod. — Am Schädeldach zahlreiche Eindrüke von Pacchionischen Granulationen. Die Dura mater ziemlich stark gespannt; auf der Höhe der Wölbung eine quer über den Sinus longitudinalis verlaufende, etwa $^1/_4$" breite, etwas eingezogene narbige Schwiele, unter der jedoch das Lumen des Blutleiters, dessen innere Haut überall sehr dik und wulstig ist, nicht verengt erscheint. Die weichen Hirnhäute stark weisslich getrübt und verdikt, mit sehr überfüllten Venen. Ueber dem hinteren Ende der rechten grossen Hemisphäre sizt in den weichen Hirnhäuten eine erbsengrosse, rundliche, ziemlich harte Geschwulst, die sich bei der leicht erfolgenden Abschälung der Häute mit abhebt, aber eine entsprechende, halbkuglige Vertiefung in der Hirnrinde zurüklässt, welche eine unebene, schmuzig-gelblich gefärbte, wie erweicht aussehende Oberfläche hat. Ueber dem hinteren Theile der linken Hemisphäre in den Hirnhäuten gleichfalls einige, etwas über steknadelkopfgrosse, ziemlich derbe Knötchen. Das Aussehen der Hirnhäute an der Basis normal. Die weisse Substanz der Hemisphären durch zahlreiche sehr feine Blutpunkte (Durchschnitte erfüllter kleiner Gefässe) rosaroth gefärbt. Der hintere Theil der unteren Lungenlappen durch schlaffe Infiltration luftleer. Innere Fläche des Pericardium troken. Nieren blutreich. Alle übrigen Organe normal.

III. Die Behandlung dieser Zustände ist fast nur eine symptomatische. W[illegible] auernder Process zu vermuthen ist, kann man versuchen, durch

wiederholte Anwendung örtlicher Blutentziehungen, durch consequente Application der Kälte auf den Kopf, durch Curen mit eröffnenden Mineralwässern auf denselben einzuwirken. Bei der Unsicherheit der Diagnose lassen sich jedoch über solche Verfahren keine reinen Beobachtungen machen.

f. Adhäsive Meningitis.

Die Ursachen der primären adhäsiven Meningitis entziehen sich der Beobachtung, da die Erkrankung meist erst in ihren späteren Folgen zur Erscheinung kommt.

Dagegen kann dieselbe secundär in Folge anderer Störungen der Hirnhäute und der Hirnrinde (Apoplexieen, Tuberkel, Tumoren) oder von Knochenaffectionen des Schädels zustandekommen.

Die anatomischen Veränderungen bei der adhäsiven Meningitis sind gewöhnlich auf einen kleinen oder mässig grossen Raum beschränkt. Sie kommt überwiegend häufig an der Convexität, doch auch hin und wieder an den Basilartheilen des Gehirns vor. An der afficirten Stelle ist die Pia nicht nur mit der Arachnoidea verschmolzen und dabei meist verdikt, sondern gewöhnlich auch mit der Hirnrinde innig verwachsen, so dass Schichten der grauen Substanz beim Abziehen der zarten Hirnhäute an diesen hängen bleiben. In Folge davon bilden sich früher oder später Atrophieen der betheiligten Hirnpartie, welche von da ausgehend weitere Abschnitte des Organs ergreifen und so einen mehr oder weniger umfänglichen Schwund desselben bedingen können.

Die Symptome des Processes selbst sind nicht genau zu bestimmen. Vielleicht hängt der habituelle Kopfschmerz, der Schwindel, über den solche Individuen oft lange klagen, mit der adhäsiven Entzündung der Pia zusammen. Auch hat man die Hallucinationen auf sie bezogen. Im weiteren Verlauf, vermuthlich durch die in Folge der Verwachsung der Hirnhäute mit der Corticalsubstanz in der lezteren hervorgerufenen Veränderungen, stellen sich die Erscheinungen der progressiven psychischen Verwirrung, Verrüktheit und schliesslich Blödsinn ein.

Die Therapie bezieht sich nur auf die Symptome.

g. Oedem der Pia.

Die seröse Infiltration der Pia kommt in sehr mässigem Grade und in beschränktem Size nicht selten vor, ist aber dann meist ohne Bedeutung. — In höheren Graden ist dieselbe fast immer ein secundärer Zustand, der einerseits durch wiederholte Hyperämieen und andererseits durch das Schrumpfen des Gehirns zustandekommt und sich vornehmlich auf der convexen Fläche des Gehirns findet.

Die Symptome des Oedems der Pia verlieren sich meist unter denen der primären und begleitenden Zustände; doch können mässige Druksymptome, die aber nicht leicht eine genauere Diagnose zulassen, durch ein reichlicheres Piaödem hervorgerufen werden.

Die Therapie fällt mit der des Hydrocephalus zusammen.

Gehirn selbst beeinträchtigen und Störungen der Sinne und motorische Symptome hervorrufen können.

Diese Affectionen, gewöhnlich von höchst lentescirendem Verlauf und Jahre lang unter lästigen, aber ungefährlichen Symptomen fortdauernd, bringen doch zuweilen eine bedeutendere Gefahr und können selbst den tödtlichen Ausgang mit begründen. An sich mässige Hyperämieen und Entzündungen der Hirnhäute oder der Hirnsubstanz sind bei zuvor schon bestehenden derben Infiltrationen der Pia von ungleich grösserem Belang und können überraschend schnell den Tod herbeiführen.

[illegible]

III. Die Behandlung dieser Zustände ist fast nur eine symptomatische. Wo ein fortdauernder Process zu vermuthen ist, kann man versuchen, durch

wiederholte Anwendung örtlicher Blutentziehungen, durch consequente Application der Kälte auf den Kopf, durch Curen mit eröffnenden Mineralwässern auf denselben einzuwirken. Bei der Unsicherheit der Diagnose lassen sich jedoch über solche Verfahren keine reinen Beobachtungen machen.

f. Adhäsive Meningitis.

Die Ursachen der primären adhäsiven Meningitis entziehen sich der Beobachtung, da die Erkrankung meist erst in ihren späteren Folgen zur Erscheinung kommt.

Dagegen kann dieselbe secundär in Folge anderer Störungen der Hirnhäute und der Hirnrinde (Apoplexieen, Tuberkel, Tumoren) oder von Knochenaffectionen des Schädels zustandekommen.

Die anatomischen Veränderungen bei der adhäsiven Meningitis sind gewöhnlich auf einen kleinen oder mässig grossen Raum beschränkt. Sie kommt überwiegend häufig an der Convexität, doch auch hin und wieder an den Basilartheilen des Gehirns vor. An der afficirten Stelle ist die Pia nicht nur mit der Arachnoidea verschmolzen und dabei meist verdikt, sondern gewöhnlich auch mit der Hirnrinde innig verwachsen, so dass Schichten der grauen Substanz beim Abziehen der zarten Hirnhäute an diesen hängen bleiben. In Folge davon bilden sich früher oder später Atrophieen der betheiligten Hirnpartie, welche von da ausgehend weitere Abschnitte des Organs ergreifen und so einen mehr oder weniger umfänglichen Schwund desselben bedingen können.

Die Symptome des Processes selbst sind nicht genau zu bestimmen. Vielleicht hängt der habituelle Kopfschmerz, der Schwindel, über den solche Individuen oft lange klagen, mit der adhäsiven Entzündung der Pia zusammen. Auch hat man die Hallucinationen auf sie bezogen. Im weiteren Verlauf, vermuthlich durch die in Folge der Verwachsung der Hirnhäute mit der Corticalsubstanz in der lezteren hervorgerufenen Veränderungen, stellen sich die Erscheinungen der progressiven psychischen Verwirrung, Verrüktheit und schliesslich Blödsinn ein.

Die Therapie bezieht sich nur auf die Symptome.

g. Oedem der Pia.

Die seröse Infiltration der Pia kommt in sehr mässigem Grade und in beschränktem Sitze nicht selten vor, ist aber dann meist ohne Bedeutung. — In höheren Graden ist dieselbe fast immer ein secundärer Zustand, der einerseits durch wiederholte Hyperämieen und andererseits durch das Schrumpfen des Gehirns zustandekommt und sich vornehmlich auf der convexen Fläche des Gehirns findet.

Die Symptome des Oedems der Pia verlieren sich meist unter denen der primären und begleitenden Zustände; doch können mässige Druksymptome, die aber nicht leicht eine genauere Diagnose zulassen, durch ein [illegible]es Piaödem hervorgerufen werden.

[illegible]apie fällt mit der des Hydrocephalus zusammen.

4. Exsudationen in das Gewebe der Arachnoidea und auf deren freie Fläche (Arachnoideitis).

Die Arachnoidea zeigt in ihrer Substanz und auf ihrer freien Fläche zwar ziemlich häufig geringfügige, aber selten bedeutendere Exsudationen. Sie kommen vor

als Ausdruk einer intensiven acuten Meningitis, wobei nicht nur in die Pia, sondern auch auf der freien Fläche der Arachnoidea Exsudat abgesezt ist, und zwar vornehmlich in Fällen, wo eine traumatische Ursache die Meningitis hervorgerufen hat;

als Ueberschreiten einer Entzündung von dem Knochen und der harten Hirnhaut auf die Arachnoidea;

bei Gegenwart von Tumoren, welche bis zur Arachnoidea dringen;

in der Umgebung eines Intermeningealextravasates;

als höchst mässige Exsudationen in Begleitung der chronischen Entzündungsprocesse der Pia;

als Residuen eines Entzündungsprocesses, während die Pia selbst keine oder nur noch höchst unansehnliche Störungen zeigt.

In intensiven Fällen findet sich auf der freien Fläche der Arachnoidea ein eiteriges oder derb pseudomembranöses Exsudat in grösserer Ausbreitung oder insularisch vertheilt vor. Meist ist zugleich im Subarachnoidealraum und in der Pia Eiter bemerklich, doch kann dieser auch fehlen.

In mehr chronischen Fällen stellen sich die Producte des Exsudationsprocesses als Verdikungen der Arachnoidea, als granulirte oder diffuse Absezungen, in welch lezteren zuweilen durch Ablagerung von Kalksalzen knochenartige Incrustationen entstehen, als Sehnenfleken (wahrscheinlich die lezten, nicht resorbirten Reste des Exsudats), als plastische Umgebungen fremder Ablagerungen und Tumoren, auch als Adhäsionen der cerebralen Arachnoidea an die gegenüberliegende Fläche (das sogenannte parietale Blatt) dar.

Alle diese Veränderungen finden sich überwiegend häufig über der convexen Seite des Gehirns und sind bald nur über einer Hemisphäre, bald über beiden bemerklich.

Besondere Erscheinungen, welche der Arachnoidealexsudation eigenthümlich angehören, sind nicht bekannt und wahrscheinlich auch nicht vorhanden. Vielmehr unterscheiden sie sich nicht von entsprechenden Processen der Pia und die Therapie stimmt darum auch mit der der ähnlichen Processe in der Pia vollkommen überein. — Es kann darum auch keine specielle Therapie für diese Erkrankungen angegeben werden.

Die Arachnoideitis (Arachnitis), welche vielfach beschrieben worden ist und deren differentielle Diagnose von der Entzündung der Pia man sogar theoretisch festzusezen suchte, ist in Wahrheit eine für sich allein ungemein selten vorkommende Erkrankung, und wo sie neben der Entzündung der Pia besteht, pflegt sie gewöhnlich die untergeordnete Affection zu sein. Was daher unter dem Namen der Arachnoideitis gewöhnlich verstanden wird, ist sicher nichts Anderes als Entzündung der Pia (Meningitis).

Von acuten und heftigen Entzündungen der Arachnoidea gibt Dietl an, nur drei Fälle beobachtet zu haben: einmal bei einem 14jährigen Knaben ohne alle Complication, einmal bei einem 22jährigen Manne mit Pneumonie und einmal bei einer 60jährigen Frau mit Intestinalcroup, chronischen Magengeschwüren und Lungentub-

erculose. Er fügt hinzu, dass in allen drei Fällen Fieber, Kopfschmerz, Hirnreiz und Hirndruk in höheren Graden zugegen gewesen sei, in keinem jedoch die Diagnose speciell auf Arachnitis gestellt werden konnte. — Andral (Clin. méd. V. Obs. 8) führt einen Fall einer durch keine Piaerkrankung complicirten spontanen acuten Exsudation auf der freien Fläche der Arachnoidea an. Ein tuberculös-phthisisches Individuum von 43 Jahren fühlte ohne bekannte Ursache einen heftigen Schmerz in der linken Temporalgegend. Derselbe dauerte mit grosser Heftigkeit fort, breitete sich aus, ohne jedoch mit weiteren Hirnsymptomen sich zu verbinden, so dass er für eine einfache Temporalneuralgie gehalten wurde. Sieben Tage nach dem Anfange dieser fortwährend wachsenden Cephalalgie wurde einiges Oedem an Auglidern und Wangen bemerkt und 36 Stunden darauf zeigte sich zum ersten Mal in der Nacht eine Verwirrung der Ideen, indem der Kranke in das Bett anderer Kranken sich legen wollte. Das Delirium wich während des Tages, ohne dass irgend eine andere Erscheinung eingetreten wäre, begann aber am Abend aufs Neue, entwikelte sich in der folgenden Nacht zu grösserer Heftigkeit und am andern Morgen antwortete der Kranke nur in höchst unzusammenhängender Weise, beklagte sich nicht mehr über den Kopf, versicherte, sich wohl zu befinden, während die Hauttemperatur etwas gestiegen war, der Puls nur 88mal in der Minute schlug und das Oedem des Gesichtes zunahm. Im Laufe des Tages wurde der Kranke comatös und starb. Auf der Arachnoidea der linken Hirnhemisphäre fand man eine weissliche, weiche Pseudomembran ohne irgend ein Zeichen von Organisation und einfach abgesezt auf der Arachnoidea, an welche sie nirgends adhärirte. Sie war etwas grösser als ein Fünffrankstük und in ihrer Nachbarschaft fanden sich über derselben Hemisphäre da und dort einzelne tropfenartige Niederschläge eines weissen diken Eiters auf der Arachnoidea abgelagert. Unter der Pseudomembran, wie unter den Eitertropfen und ebenso zwischen ihnen zeigte die Arachnoidea auch nicht die geringste bemerkbare Veränderung: sie hatte ihre gewöhnliche Farbe, Durchsichtigkeit und Consistenz, keine Flüssigkeit befand sich in ihrer Höhle. Die Pia war weder injicirt noch infiltrirt und auf der rechten Hemisphäre des Gehirns war keine Spur irgend einer Veränderung. Die Hirnsubstanz selbst war vollkommen normal. Die Ventrikel enthielten nur eine sehr kleine Menge eines klaren Serums. In den Lungen waren zahlreiche, zum Theil erweichte Tuberkel; in der Milz eine grosse tuberkelartige Ablagerung: im Magen ein alter Catarrh. Sonst keine Störung in irgend einem andern Organ.

Die chronische Entzündung der Arachnoidea und ihre Residuen bieten sich häufiger in isolirter Weise der Beobachtung dar, aber wahrscheinlich nur darum, weil die gleichzeitig mit jenen entstandenen Veränderungen der Pia in dieser eher und vollständiger wieder rükgängig zu werden vermögen. Symptome, welche als Zeichen der chronischen Arachnitis angesehen werden könnten, gibt es nicht, und einerseits werden solche Exsudate in der Arachnoidea zuweilen bei Individuen gefunden, welche niemals Zufälle vom Gehirn zeigten, andererseits sind die Erscheinungen, wenn deren vorhanden sind, keine andern als die der chronischen Entzündung der Pia.

5. Exsudationen in den Hirnventrikeln.

Exsudate kommen vorzugsweise in den Seitenventrikeln, in minderen Graden und in geringerer Häufigkeit auch in den übrigen vor. Sie bestehen selten für sich allein, sondern begleiten meist andersartige Störungen des Gehirns.

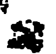
Die Ablagerung findet sich

theils als eine die Ventrikelwandungen in beschränkterer oder weiterer Ausdehnung bedekende Absezung, welche zu Verklebungen einzelner Abtheilungen der Ventrikel und dadurch zu Verengerung des Raumes führen kann,

theils als flüssiges Exsudat von bald wässeriger und seröser Beschaffenheit, bald mit mehr oder weniger erheblicher Beimischung von Fezen, Floken, Eiter und Blutkörperchen.

Beide Formen der Exsudation können in ähnlicher Weise wie in serösen Höhlen gleichzeitig vorhanden sein, und zumal ist das flüssige Exsudat, wenn es körperliche Theile enthält, stets mit Ablagerungen auf die Ventrikelwandungen verbunden.

Die Adergeflechte der Ventrikel nehmen sowohl an den Affectionen der Wandungen des Ventrikels, als an denen des Basilartheils der Pia Antheil. Ihre festen Exsudate zeigen meist die granulirte Form; nicht selten finden sich verfettete Massen in ihnen und ganz gewöhnlich befinden sich in ihren Maschen seröse Ergüsse, welche sich als kleine Bläschen, zuweilen auch als sehr ansehnliche Cysten darstellen.



4. **Exsudationen in das Gewebe der Arachnoidea und auf deren freie Fläche (Arachnoideitis).**

Die Arachnoidea zeigt in ihrer Substanz und auf ihrer freien Fläche zwar ziemlich häufig geringfügige, aber selten bedeutendere Exsudationen. Sie kommen vor

als Ausdruk einer intensiven acuten Meningitis, wobei nicht nur in die Pia, sondern auch auf der freien Fläche der Arachnoidea Exsudat abgesezt ist, und zwar vornehmlich in Fällen, wo eine traumatische Ursache die Meningitis hervorgerufen hat;

als Ueberschreiten einer Entzündung von dem Knochen und der harten Hirnhaut auf die Arachnoidea;

bei Gegenwart von Tumoren, welche bis zur Arachnoidea dringen;

in der Umgebung eines Intermeningealextravasates;

als höchst mässige Exsudationen in Begleitung der chronischen Entzündungsprocesse der Pia;

als Residuen eines Entzündungsprocesses, während die Pia selbst keine oder nur noch höchst unansehnliche Störungen zeigt.

In intensiven Fällen findet sich auf der freien Fläche der Arachnoidea ein eiteriges oder derb pseudomembranöses Exsudat in grösserer Ausbreitung oder insularisch vertheilt vor. Meist ist zugleich im Subarachnoidealraum und in der Pia Eiter bemerklich, doch kann dieser auch fehlen.

In mehr chronischen Fällen stellen sich die Producte des Exsudationsprocesses als Verdikungen der Arachnoidea, als granulirte oder diffuse Absezungen, in welch lezteren zuweilen durch Ablagerung von Kalksalzen knochenartige Incrustationen entstehen, als Sehnenfleken (wahrscheinlich die lezten, nicht resorbirten Reste des Exsudats), als plastische Umgebungen fremder Ablagerungen und Tumoren, auch als Adhäsionen der cerebralen Arachnoidea an die gegenüberliegende Fläche (das sogenannte parietale Blatt) dar.

Alle diese Veränderungen finden sich überwiegend häufig über der convexen Seite des Gehirns und sind bald nur über einer Hemisphäre, bald über beiden bemerklich.

Besondere Erscheinungen, welche der Arachnoidealexsudation eigenthümlich angehören, sind nicht bekannt und wahrscheinlich auch nicht vorhanden. Vielmehr unterscheiden sie sich nicht von entsprechenden Processen der Pia und die Therapie stimmt darum auch mit der der ähnlichen Processe in der Pia vollkommen überein. — Es kann darum auch keine specielle Therapie für diese Erkrankungen angegeben werden.

Die Arachnoideitis (Arachnitis), welche vielfach beschrieben worden ist und deren differentielle Diagnose von der Entzündung der Pia man sogar theoretisch festzusezen suchte, ist in Wahrheit eine für sich allein ungemein selten vorkommende Erkrankung, und wo sie neben der Entzündung der Pia besteht, pflegt sie gewöhnlich die untergeordnete Affection zu sein. Was daher unter dem Namen der Arachnoideitis gewöhnlich verstanden wird, ist sicher nichts Anderes als Entzündung der Pia (Meningitis).

Von acuten und heftigen Entzündungen der Arachnoidea gibt Dietl an, nur drei Fälle beobachtet zu haben: einmal bei einem 14jährigen Knaben ohne alle Complication, einmal bei einem 22jährigen Manne mit Pneumonie und einmal bei einer 60jährigen Frau mit Intestinalcroup, chronischen Magengeschwüren und Lungentub-



erculose. Er fügt hinzu, dass in allen drei Fällen Fieber, Kopfschmerz, Hirnreiz und Hirndruk in höheren Graden zugegen gewesen sei, in keinem jedoch die Diagnose speciell auf Arachnitis gestellt werden konnte. — Andral (Clin. méd. V. Obs. 8) führt einen Fall einer durch keine Piaerkrankung complicirten spontanen acuten Exsudation auf der freien Fläche der Arachnoidea an. Ein tuberculös-phthisisches Individuum von 43 Jahren fühlte ohne bekannte Ursache einen heftigen Schmerz in der linken Temporalgegend. Derselbe dauerte mit grosser Heftigkeit fort, breitete sich aus, ohne jedoch mit weiteren Hirnsymptomen sich zu verbinden, so dass er für eine einfache Temporalneuralgie gehalten wurde. Sieben Tage nach dem Anfange dieser fortwährend wachsenden Cephalalgie wurde einiges Oedem an Auglidern und Wangen bemerkt und 36 Stunden darauf zeigte sich zum ersten Mal in der Nacht eine Verwirrung der Ideen, indem der Kranke in das Bett anderer Kranken sich legen wollte. Das Delirium wich während des Tages, ohne dass irgend eine andere Erscheinung eingetreten wäre, begann aber am Abend aufs Neue, entwikelte sich in der folgenden Nacht zu grösserer Heftigkeit und am andern Morgen antwortete der Kranke nur in höchst unzusammenhängender Weise, beklagte sich nicht mehr über den Kopf, versicherte, sich wohl zu befinden, während die Hauttemperatur etwas gestiegen war, der Puls nur 88mal in der Minute schlug und das Oedem des Gesichtes zunahm. Im Laufe des Tages wurde der Kranke comatös und starb. Auf der Arachnoidea der linken Hirnhemisphäre fand man eine weissliche, weiche Pseudomembran ohne irgend ein Zeichen von Organisation und einfach abgesezt auf der Arachnoidea, an welche sie nirgends adhärirte. Sie war etwas grösser als ein Fünffrankstük und in ihrer Nachbarschaft fanden sich über derselben Hemisphäre da und dort einzelne tropfenartige Niederschläge eines weissen diken Eiters auf der Arachnoidea abgelagert. Unter der Pseudomembran, wie unter den Eitertropfen und ebenso zwischen ihnen zeigte die Arachnoidea auch nicht die geringste bemerkbare Veränderung: sie hatte ihre gewöhnliche Farbe, Durchsichtigkeit und Consistenz, keine Flüssigkeit befand sich in ihrer Höhle. Die Pia war weder injicirt noch infiltrirt und auf der rechten Hemisphäre des Gehirns war keine Spur irgend einer Veränderung. Die Hirnsubstanz selbst war vollkommen normal. Die Ventrikel enthielten nur eine sehr kleine Menge eines klaren Serums. In den Lungen waren zahlreiche, zum Theil erweichte Tuberkel; in der Milz eine grosse tuberkelartige Ablagerung; im Magen ein alter Catarrh. Sonst keine Störung in irgend einem andern Organ.

Die chronische Entzündung der Arachnoidea und ihre Residuen bieten sich häufiger in isolirter Weise der Beobachtung dar, aber wahrscheinlich nur darum, weil die gleichzeitig mit jenen entstandenen Veränderungen der Pia in dieser eher und vollständiger wieder rükgängig zu werden vermögen. Symptome, welche als Zeichen der chronischen Arachnitis angesehen werden könnten, gibt es nicht, und einerseits werden solche Exsudate in der Arachnoidea zuweilen bei Individuen gefunden, welche niemals Zufälle vom Gehirn zeigten, andererseits sind die Erscheinungen, wenn deren vorhanden sind, keine andern als die der chronischen Entzündung der Pia.

5. Exsudationen in den Hirnventrikeln.

Exsudate kommen vorzugsweise in den Seitenventrikeln, in minderen Graden und in geringerer Häufigkeit auch in den übrigen vor. Sie bestehen selten für sich allein, sondern begleiten meist andersartige Störungen des Gehirns.

Die Ablagerung findet sich

theils als eine die Ventrikelwandungen in beschränkterer oder weiterer Ausdehnung bedekende Absezung, welche zu Verklebungen einzelner Abtheilungen der Ventrikel und dadurch zu Verengerung des Raumes führen kann,

theils als flüssiges Exsudat von bald wässeriger und seröser Beschaffenheit, bald mit mehr oder weniger erheblicher Beimischung von Fezen, Floken, Eiter und Blutkörperchen.

Beide Formen der Exsudation können in ähnlicher Weise wie in serösen Höhlen gleichzeitig vorhanden sein, und zumal ist das flüssige Exsudat, wenn es körperliche Theile enthält, stets mit Ablagerungen auf die Ventrikelwandungen verbunden.

Die Adergeflechte der Ventrikel nehmen sowohl an den Affectionen der Wandungen des Ventrikels, als an denen des Basilartheils der Pia Antheil. Ihre festen Exsudate zeigen meist die granulirte Form; nicht selten finden sich verfettete Massen in ihnen und ganz gewöhnlich befinden sich in ihren Maschen seröse Ergüsse, welche sich als kleine Bläschen, zuweilen auch als sehr ansehnliche Cysten darstellen.



4. Exsudationen in das Gewebe der Arachnoidea und auf deren freie Fläche (Arachnoideitis).

Die Arachnoidea zeigt in ihrer Substanz und auf ihrer freien Fläche zwar ziemlich häufig geringfügige, aber selten bedeutendere Exsudationen. Sie kommen vor

als Ausdruk einer intensiven acuten Meningitis, wobei nicht nur in die Pia, sondern auch auf der freien Fläche der Arachnoidea Exsudat abgesezt ist, und zwar vornehmlich in Fällen, wo eine traumatische Ursache die Meningitis hervorgerufen hat;

als Ueberschreiten einer Entzündung von dem Knochen und der harten Hirnhaut auf die Arachnoidea;

bei Gegenwart von Tumoren, welche bis zur Arachnoidea dringen;

in der Umgebung eines Intermeningealextravasates;

als höchst mässige Exsudationen in Begleitung der chronischen Entzündungsprocesse der Pia;

als Residuen eines Entzündungsprocesses, während die Pia selbst keine oder nur noch höchst unansehnliche Störungen zeigt.

In intensiven Fällen findet sich auf der freien Fläche der Arachnoidea ein eiteriges oder derb pseudomembranöses Exsudat in grösserer Ausbreitung oder insularisch vertheilt vor. Meist ist zugleich im Subarachnoidealraum und in der Pia Eiter bemerklich, doch kann dieser auch fehlen.

In mehr chronischen Fällen stellen sich die Producte des Exsudationsprocesses als Verdikungen der Arachnoidea, als granulirte oder diffuse Absezungen, in welch lezteren zuweilen durch Ablagerung von Kalksalzen knochenartige Incrustationen entstehen, als Sehnenfleken (wahrscheinlich die lezten, nicht resorbirten Reste des Exsudats), als plastische Umgebungen fremder Ablagerungen und Tumoren, auch als Adhäsionen der cerebralen Arachnoidea an die gegenüberliegende Fläche (das sogenannte parietale Blatt) dar.

Alle diese Veränderungen finden sich überwiegend häufig über der convexen Seite des Gehirns und sind bald nur über einer Hemisphäre, bald über beiden bemerklich.

Besondere Erscheinungen, welche der Arachnoidealexsudation eigenthümlich angehören, sind nicht bekannt und wahrscheinlich auch nicht vorhanden. Vielmehr unterscheiden sie sich nicht von entsprechenden Processen der Pia und die Therapie stimmt darum auch mit der der ähnlichen Processe in der Pia vollkommen überein. — Es kann darum auch keine specielle Therapie für diese Erkrankungen angegeben werden.

Die Arachnoideitis (Arachnitis), welche vielfach beschrieben worden ist und deren differentielle Diagnose von der Entzündung der Pia man sogar theoretisch festzusezen suchte, ist in Wahrheit eine für sich allein ungemein selten vorkommende Erkrankung, und wo sie neben der Entzündung der Pia besteht, pflegt sie gewöhnlich die untergeordnete Affection zu sein. Was daher unter dem Namen der Arachnoideitis gewöhnlich verstanden wird, ist sicher nichts Anderes als Entzündung der Pia (Meningitis).

Von acuten und heftigen Entzündungen der Arachnoidea gibt Dietl an, nur drei Fälle beobachtet zu haben: einmal bei einem 14jährigen Knaben ohne alle Complication, einmal bei einem 22jährigen Manne mit Pneumonie und einmal bei einer 60jährigen Frau mit Intestinalcroup, chronischen Magengeschwüren und Lungentub-

erculose. Er fügt hinzu, dass in allen drei Fällen Fieber, Kopfschmerz, Hirnreiz und Hirndruk in höheren Graden zugegen gewesen sei, in keinem jedoch die Diagnose speciell auf Arachnitis gestellt werden konnte. — Andral (Clin. méd. V. Obs. 8) führt einen Fall einer durch keine Piaerkrankung complicirten spontanen acuten Exsudation auf der freien Fläche der Arachnoidea an. Ein tuberculös-phthisisches Individuum von 43 Jahren fühlte ohne bekannte Ursache einen heftigen Schmerz in der linken Temporalgegend. Derselbe dauerte mit grosser Heftigkeit fort, breitete sich aus, ohne jedoch mit weiteren Hirnsymptomen sich zu verbinden, so dass er für eine einfache Temporalneuralgie gehalten wurde. Sieben Tage nach dem Anfange dieser fortwährend wachsenden Cephalalgie wurde einiges Oedem an Auglidern und Wangen bemerkt und 36 Stunden darauf zeigte sich zum ersten Mal in der Nacht eine Verwirrung der Ideen, indem der Kranke in das Bett anderer Kranken sich legen wollte. Das Delirium wich während des Tages, ohne dass irgend eine andere Erscheinung eingetreten wäre, begann aber am Abend aufs Neue, entwikelte sich in der folgenden Nacht zu grösserer Heftigkeit und am andern Morgen antwortete der Kranke nur in höchst unzusammenhängender Weise, beklagte sich nicht mehr über den Kopf, versicherte, sich wohl zu befinden, während die Hauttemperatur etwas gestiegen war, der Puls nur 88mal in der Minute schlug und das Oedem des Gesichtes zunahm. Im Laufe des Tages wurde der Kranke comatös und starb. Auf der Arachnoidea der linken Hirnhemisphäre fand man eine weissliche, weiche Pseudomembran ohne irgend ein Zeichen von Organisation und einfach abgesezt auf der Arachnoidea, an welche sie nirgends adhärirte. Sie war etwas grösser als ein Fünffrankstük und in ihrer Nachbarschaft fanden sich über derselben Hemisphäre da und dort einzelne tropfenartige Niederschläge eines weissen diken Eiters auf der Arachnoidea abgelagert. Unter der Pseudomembran, wie unter den Eitertropfen und ebenso zwischen ihnen zeigte die Arachnoidea auch nicht die geringste bemerkbare Veränderung: sie hatte ihre gewöhnliche Farbe, Durchsichtigkeit und Consistenz, keine Flüssigkeit befand sich in ihrer Höhle. Die Pia war weder injicirt noch infiltrirt und auf der rechten Hemisphäre des Gehirns war keine Spur irgend einer Veränderung. Die Hirnsubstanz selbst war vollkommen normal. Die Ventrikel enthielten nur eine sehr kleine Menge eines klaren Serums. In den Lungen waren zahlreiche, zum Theil erweichte Tuberkel; in der Milz eine grosse tuberkelartige Ablagerung; im Magen ein alter Catarrh. Sonst keine Störung in irgend einem andern Organ.

Die chronische Entzündung der Arachnoidea und ihre Residuen bieten sich häufiger in isolirter Weise der Beobachtung dar, aber wahrscheinlich nur darum, weil die gleichzeitig mit jenen entstandenen Veränderungen der Pia in dieser eher und vollständiger wieder rükgängig zu werden vermögen. Symptome, welche als Zeichen der chronischen Arachnitis angesehen werden könnten, gibt es nicht, und einerseits werden solche Exsudate in der Arachnoidea zuweilen bei Individuen gefunden, welche niemals Zufälle vom Gehirn zeigten, andererseits sind die Erscheinungen, wenn deren vorhanden sind, keine andern als die der chronischen Entzündung der Pia.

5. Exsudationen in den Hirnventrikeln.

Exsudate kommen vorzugsweise in den Seitenventrikeln, in minderen Graden und in geringerer Häufigkeit auch in den übrigen vor. Sie bestehen selten für sich allein, sondern begleiten meist andersartige Störungen des Gehirns.

Die Ablagerung findet sich

theils als eine die Ventrikelwandungen in beschränkterer oder weiterer Ausdehnung bedekende Absezung, welche zu Verklebungen einzelner Abtheilungen der Ventrikel und dadurch zu Verengerung des Raumes führen kann,

theils als flüssiges Exsudat von bald wässeriger und seröser Beschaffenheit, bald mit mehr oder weniger erheblicher Beimischung von Fezen, Floken, Eiter und Blutkörperchen.

Beide Formen der Exsudation können in ähnlicher Weise wie in serösen Höhlen gleichzeitig vorhanden sein, und zumal ist das flüssige Exsudat, wenn es körperliche Theile enthält, stets mit Ablagerungen auf die Ventrikelwandungen verbunden.

Die Adergeflechte der Ventrikel nehmen sowohl an den Affectionen der Wandungen des Ventrikels, als an denen des Basilartheils der Pia Antheil. Ihre festen Exsudate zeigen meist die granulirte Form; nicht selten finden sich verfettete Massen in ihnen und ganz gewöhnlich befinden sich in ihren Maschen seröse Ergüsse, welche sich als kleine Bläschen, zuweilen auch als sehr ansehnliche Cysten darstellen.

[illegible] die Ventricularexsudate wahrscheinlich nur dann bedingen,

[illegible] [illegible] Störungen im Gehirn und [illegible]

[illegible] Verwachsungen [illegible] verengt und verschlossen [illegible]

[illegible] einen [illegible] Druck auf das Gehirn [illegible] hergestellt haben, [illegible] wird;

[illegible] Balken, Corpus callosum, Septum, Fornix, Corpus striatum [illegible] durch Maceration zerstört [illegible]

Der Einfluss der Ventricularexsudationen auf die Symptome ist nur zum Theil [illegible]

[illegible] Exsudationen, besonders aber die adhäsiven Exsudationen und deren Folgen: Verwachsung der Ventrikelwände, Verengerung und Verkleinerung der Ventrikelräume, Verschliessung der Ventrikelöffnungen bringen sehr gewöhnlich [illegible] Verstimmung fortschreitend bis zum Blödsinn hervor;

in [illegible] Fällen, zumal bei flüssigen Exsudationen ist heftiger, hartnäckiger, anhaltender oder intermittirender Kopfschmerz zu bemerken.

unter den [illegible] leidet das Auge und kann bis zu vollständiger Blindheit seine Functionen verlieren, zumal bei reichlicher flüssiger Exsudation;

allgemeine Convulsionen treten nicht selten ein bei Ventricularexsudationen jeder Art, doch meist in weit auseinanderliegenden Paroxysmen;

unwillkürliche [illegible] und automatische Bewegungen in verschiedenen Theilen des Körpers, vornehmlich in den Athmungsmuskeln sind in vielen Fällen vorhanden, namentlich bei zunehmendem Drucke, auch habituelle Contracturen an der Facial- und [illegible] oft zu beobachten,

Hemiplegien und Paraplegien treten vornehmlich bei Maceration der Wandungen der Seitenventrikel ein;

Erscheinungen des allgemeinen Hirndrucks treten bei copiösen flüssigen Ergüssen ein, um so sicherer, je rascher das Fluidum abgesezt wird.

[illegible] auf den Wandungen der Ventrikel und auf und in dem Gefässplexus.

Die festen Ablagerungen auf den Ventricularwandungen und dem Gefässplexus finden sich theils neben flüssigem Exsudate vor, in welchem Falle sie von keinem bemerkenswerthen Einfluss auf die Symptome zu sein scheinen, theils neben ähnlichen Veränderungen in der das Gehirn überziehenden, zumal basilaren Pia, theils endlich isolirt, ohne dass genügende Ursachen für dieses Vorkommen bekannt wären.

Sie stellen sich dar

in Form zarter Anflüge und Beschläge der Ventrikelwandungen, seltener als derbere pseudomembranöse Schichten;

häufig in granulirten Absetzungen, warzenförmigen, schimmelartigen [illegible] der Wandungen und Plexus;

als Verdickungen, Infiltrationen, Wulstungen und Wucherungen des Plexus, [illegible] desjenigen Theils desselben, welcher die Zirbeldrüse umgibt.

In weiterer Folge schliessen sich daran als secundäre Zustände: [illegible] der Wände [illegible], [illegible] Verschliessungen einzelner Abtheilungen der Ventrikel, [illegible] und [illegible] [illegible];

[illegible], welche sich bis [illegible] ausdehnen, und [illegible] Veränderungen der Ventrikelräume [illegible] mehr oder weniger [illegible]

derbe, zähe, verhärtete und verfettete Massen im Plexus, besonders auch in der Umgebung der Zirbel, mit Schrumpfung einzelner Gefässpartieen des Plexus neben varicöser Ausdehnung anderer;

sandartige, crustöse, selbst knochenplättchenartige Concretionen auf den Ventrikelwandungen im Plexus, in der Zirbeldrüse.

Man ist früher auf diese festen Exsudationen in den Ventrikeln und ihre weiteren Umwandlungen wenig aufmerksam gewesen und fast nur der Sand der Zirbel, der an sich in einem vorgerückteren Alter normal, zuweilen aber ungewöhnlich frühzeitig und schon bei Kindern vorkommt, hat, jedoch mehr als Curiosum, Beachtung erregt. Einzelne Irrenärzte, Esquirol, Ferrus und vornehmlich Bergmann (Nasse's Zeitschrift für Anthropologie I. 173, Holscher's Annalen III. 516) haben die Verhältnisse der festen Exsudation, die Verengerungen und Versperrungen der Hörner kennen gelehrt und lezterer hat namentlich dieselben als die characteristische Ursache chronischer Verrüktheit angegeben. Derselbe Beobachter hat ferner auf die Gefässumwucherung der Pinealis, auf die Granulationen ihres Gefässplexus und auf die Verwachsung der Zirbel mit diesem als einen der constantesten Befunde chronisch Verwirrter besonderen Werth gelegt (Holscher's Annalen I. 510, Damerow's Zeitschrift I. 182, II. 58, IV. 361 etc.). Eine genaue anatomische Beschreibung der Exsudate der Ventricularwandungen findet sich bei Rokitansky (II. 748), der fünf Formen unterscheidet: feinste Granulationen, gröbere Granulationen, flache insularische Plaques, pseudomembranöses Nez, dike Pseudomembranen.

Die wesentlichen Einflüsse dieser Veränderungen sind wenig bekannt;

diese Läsionen fallen erfahrungsmässig häufig mit chronischem Irresein zusammen;

bei grösserer Ausbreitung über die Ventrikelwandungen mögen sie die Resorption eines flüssigen Exsudats erschweren;

sie leiten Atrophieprocesse zunächst in ihrer Nachbarschaft, weiterhin im Gesammthirne ein.

Eine directe **Therapie** dieser Zustände, selbst wenn dieselben sicherer diagnosticirt werden könnten, ist nicht denkbar. Die Fälle werden nur nach ihren Symptomen behandelt.

b. Purulente Exsudate in den Ventrikeln.

Mehr oder weniger concentrirt purulente Flüssigkeiten kommen in den Ventrikeln ziemlich selten vor und zwar nur:

neben einer intensiven Meningitis der Basilargegend oder, jedoch seltener, der Convexität, sowie neben Meningoencephalitis;

bei einer den Ventricularwandungen benachbarten localen Encephalitis;

durch Einbruch eines Abscesses in die Ventrikel.

Die Menge der fibrinös-serösen oder mehr oder weniger concentrirt eiterigen Flüssigkeit kann sehr variiren, erreicht jedoch niemals einen solchen Grad, dass der Raum beträchtlich erweitert würde.

Die Symptome der purulenten Ergüsse sind nach den Umständen verschieden:

bei begleitenden schweren Affectionen der Meningen, des Gesammthirns oder einzelner einflussreicher Stellen des Gehirns fügt der Ventricularerguss dem Symptomencomplex der schweren Erkrankung keine weiteren Erscheinungen bei;

bei isolirteren Ergüssen oder bei solchen, welche im Verlauf wenig Symptome gebender anderer Erkrankungen auftreten, sind die Zufälle

welche die Ventrikelentzündung hervorruft, nicht verschieden von den Symptomen des Hydrops der Ventrikel;

bei plözlichem Einbruch eines Eiterherdes in die Ventrikel tritt der Tod unter den Erscheinungen einer fulminanten Apoplexie oder nach kurzem mit Paralysen verbundenem Sopor ein.

c. *Das seröse Exsudat in den Ventrikeln (erworbener Hydrops der Ventrikel: Hydrocephalus acquisitus).*

I. Aetiologie.

Der Hydrops der Ventrikel kommt in allen Altern vor: es ist jedoch bei Kindern die Wasseransammlung nicht nur häufiger, sondern auch im Durchschnitt reichlicher als im erwachsenen Alter.

Der Hydrops findet sich nur in seltenen und überdem zweifelhaften Fällen als primäre Erkrankung.

Er tritt secundär auf:

nach Hyperämieen, vorzüglich im frühesten Kindesalter;

bei acuten Exsudationen in der Basis des Gehirns und von granulirter Form;

in geringeren Graden bei allen andern acuten Absezungen;

im Verlauf der verschiedensten chronischen Krankheiten des Gehirns, vornehmlich der unvollständig heilenden Apoplexieen, der Tuberkel, der Abscesse, der Tumoren, der Atrophie des Gehirns und der gelben Erweichung;

als Theilerscheinung allgemeiner Wassersucht;

nach Unterdrükung von Gesichts- und Kopfausschlägen und auch bei andern extracephalen Krankheiten, wahrscheinlich unter Vermittlung einer plözlich aufgetretenen Congestion.

Bei Kindern, zumal vor der zweiten Zahnperiode, gesellt sich eine hydrocephalische Exsudation fast zu allen Gehirnaffectionen und kommt überdem häufig in geringerem Grade bei solchen extracephalen Störungen vor, bei welchen sie im erwachsenen Alter nur ausnahmsweise beobachtet wird, wie namentlich bei eruptiven Fiebern, Pneumonieen und andern acuten Krankheiten. Es findet sich bei ihnen zwar überwiegend häufig ein umfänglicher Hydrocephalus als Folge der granulirten Meningitis; aber mässige Grade werden bei zahlreichen Sectionen kleiner Kinder getroffen, bei welchen oft während des Lebens keine derartige Exsudation zu vermuthen war; auch kommen bei ihnen am ehesten hydrocephalische Ergüsse in acuter Weise durch eine vorangehende Hirnhyperämie oder auch vielleicht als primäre Erkrankung vor. Solche Fälle werden vornehmlich nach plözlich heilenden oder unterdrükten Hautkrankheiten des Kopfes beobachtet, sowie zur Zeit der Dentition. Auch bei Erwachsenen ist der Hydrocephalus ziemlich häufig die Folge einer granulirten Meningitis; zuweilen ist er nach einer derartigen in der Jugend überstandenen Affection zurükgeblieben und fängt erst im Alter an, wieder Symptome zu machen. Die häufigeren Fälle von Hydrocephalus der Erwachsenen sind jedoch diejenigen, welche sich an chronische Processe anschliessen und deren Folgen sind: daher beobachtet man sie vornehmlich bei Geisteskranken oder überhaupt bei Individuen, welche an inveterirten und complicirten Hirnstörungen leiden.

II. Pathologie.

A. Die hydrocephalische Exsudation stellt sich entweder als eine farblose, vollkommen klare, nur Spuren von Albumen und andern Substanzen enthaltende wässerige Flüssigkeit, oder als ein durch sparsame Beimischung von mehr oder weniger Blut, Eiterkörperchen, Exsudatfezen, Detritus

des Ependyma und der Hirnsubstanz selbst getrübtes, ins Graue, Gelbliche oder Röthliche spielendes Fluidum dar. Das klare wässerige Exsudat ist im Allgemeinen viel reichlicher als das getrübte. In beiden Fällen sind die Ventrikel und besonders das Hinterhorn in dem Maasse der Absezung erweitert, das Gehirn zusammengedrükt, die Gyri abgeplattet und sehr häufig die Nachbartheile und die Scheidewand der Ventrikel in dem Zustande der Maceration (weisse Erweichung).

Ein eigenthümlicher Hydrops in Form von mit Wasser gefüllten Blasen von der Grösse eines Steknadelkopfes bis zu Pflaumengrösse findet sich sehr häufig in dem Bindegewebe des Plexus choroideus mit oder ohne gleichzeitigen serösen Absaz in den Ventrikeln und soviel bekannt ist, ohne alle symptomatische Bedeutung.

Daneben finden sich nicht nur die den Hydrocephalus hervorrufenden und bedingenden Störungen im Gehirn, sondern häufig, zumal bei mässigen Graden des Hydrocephalus, ein Oedem der Pia und der Hirnsubstanz, ferner mannigfaltige Complicationen in den extracephalen Organen, besonders Lungenhypostasen, bei Kindern Magenerweichung und Intussusception des Darms.

Die Absezung einer trüben Flüssigkeit in den Ventrikeln findet sich mehr bei acutem Verlaufe. Sie bildet den Uebergang zu den purulenten Affectionen der Hirnventrikel, indem von der leichtesten Trübung der Flüssigkeit bis zu der selten vorkommenden eiterigen Beschaffenheit alle Mittelformen sich zeigen können. Da jedoch die Trübung der abgesezten Flüssigkeit in dem Bilde der Krankheit keinen Unterschied bedingt und in acuten Fällen niemals vorausbestimmt werden kann, ob sich eine klare oder eine mit entzündlichen Producten gemischte Exsudation vorfinden werde, so erscheint es practischer, beide Verhältnisse in der Betrachtung nicht weiter zu trennen. Die oft und bis in die neueste Zeit aufgeworfene Frage, ob auch der Hydrocephalus mit klarer Exsudation zu den entzündlichen Krankheiten gerechnet werden müsse, ist eine vollkommen müssige, da die Stellung desselben sich nach dem Begriffe richtet, den man mit dem Worte Entzündung zu verbinden beliebt. In den Fällen, wo der Hydrops der Ventrikel neben allgemeiner Wassersucht vorkommt, ist er nicht anders anzusehen, als das Oedem jedes andern Theiles oder der seröse Erguss in irgend einer andern Höhle. Wo dagegen der Erguss nach einer Hyperämie eintritt, hat er keine andere anatomische Bedeutung, wie jeder z. B. auf der Haut erfolgende Serumerguss nach vorangegangener Hyperämie (Blasenbildung). Wo er endlich neben andern granulirten oder diffusen Producten eintritt, ist er die Nebenerscheinung einer von Jedermann zu den Entzündungen gerechneten Affection, ungefähr in derselben Weise, wie ein Hautödem in der Nachbarschaft eines entzündeten Gelenks entsteht.

B. Der Hydrops der Ventrikel wirkt

theils durch den Druk, welchen er auf die Nachbartheile des Ventrikels und auf das Gesammthirn ausübt und welcher je nach der Menge der ergossenen Flüssigkeit und je nach dem Zustande des übrigen Gehirns mehr oder weniger bedeutend ist und hienach, sowie nach der Raschheit seines Eintritts mehr oder weniger schwere Folgen hat;

theils durch die Maceration und Zerstörung der Hirntheile, welche von der Flüssigkeit bespült und durchdrungen werden, welche Wirkung hauptsächlich nur die den Ventrikeln benachbarten Theile trifft.

Obwohl der Wassererguss in den Hirnventrikeln fast in allen Fällen nur als eine secundäre Veränderung angesehen werden muss, so ist er doch gewöhnlich von einer viel grösseren Wichtigkeit für die Gestaltung der Symptome, als diejenigen Zustände und Processe, denen er consecutiv ist. Da jedoch die Wirkung des Ergusses eine vorzüglich mechanische ist, so hängt die Intensität auch vornehmlich von den quantitativen Verhältnissen des Exsudats ab. Der Grad der Störungen, welche der Hydro-

cephalus herbeiführt, ist aber nicht schlechthin proportional der Menge der vorhandenen Flüssigkeit, sondern er hängt sehr wesentlich ab von dem Zustande, in welchem sich das Gehirn schon vor dem Hydrocephalus oder nach seinem Eintritt befindet. Ein ganz normales Gehirn mit normalem Blutgehalt wird allerdings unter dem Druk des Exsudats in dem Grade nothleiden, als dieses beträchtlich ist, vorausgesezt dass dasselbe mit gleicher Raschheit sich einstellt. Ein Gehirn, das aber schon zuvor oder nach dem Eintritt des Hydrocephalus noch von anderer Seite her einem Druke ausgesezt ist (hyperämisch ist, ein frisches Extravasat, andersartige Exsudate, Tumoren enthält), muss auch von mässiger hydrocephalischer Ausschwizung ungleich schwerer beeinträchtigt werden. Andererseits wird ein seröser Erguss in den Ventrikeln, wenn er sich in dem Maasse herstellt, als der übrige Schädelinhalt an Substanz schwindet (bei Atrophie des Gehirns, bei schrumpfenden Apoplexieen und Exsudatherden), wenigstens nicht durch Druk auf das Gehirn wirken und Symptome hervorbringen können. -- Von dem grössten Einflusse ferner ist auf das Eintreten von Phänomenen der Drukwirkung die Rapidität, mit welcher die Flüssigkeit ergossen wird: je schneller die Exsudation geschieht, um so schwerer sind die Folgen auch bei mässiger Menge, während bei sehr langsam zunehmendem Exsudate das Gehirn sich bis zu einem gewissen Grade selbst an eine reichliche Ausfüllung der Ventrikel ohne auffallende Zufälle oder doch nur mit geringen Erscheinungen zu gewöhnen pflegt.

Viel seltener als die Drukwirkungen kommen die Wirkungen der Maceration zur Beobachtung, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass in manchen Fällen, wo man die hydrocephalische Erweichung des Gehirns in der Leiche vorfindet, dieselbe erst nach dem Tode oder doch wenige Stunden vor demselben entstanden ist.

1) Der höchst acute Erguss (Hydrocephalus acutissimus, Apoplexia serosa) kommt vornehmlich bei Säuglingen vor, und zwar vorzugsweise während des Zahnens oder nach verschwindenden Kopfausschlägen. — Die Individuen zeigen auf einmal und unerwartet einen befremdenden Ausdruk des Gesichtes, einen starren und abwesenden Blik, verfallen in Convulsionen und rasch darauf in Sopor, und es erfolgt in wenigen Stunden oder doch nach äusserst kurzem Verlaufe unter Fortdauer einzelner spasmodischer Erscheinungen, wie Schielen, Trismus, Contracturen einzelner Extremitätenmuskel oder auch unter Eintritt von Lähmungen der Tod.

Diese Form findet sich fast nur bei kleinen Kindern: zumal in der ersten Dentitionsperiode treten derartige höchst rapid tödtliche Ventricularexsudationen nicht so ganz selten auf. Treten analoge Symptome bei älteren Kindern und bei Erwachsenen ein, so sind sie gewöhnlich von andern Verhältnissen abhängig und, selbst wenn ein Ventrikelhydrops besteht, nicht auf diesen zu beziehen.

2) Der Hydrocephalus mit acutem Verlauf hat wesentlich die Erscheinungen der granulirten Meningitis, da er das auf die Symptome einflussreichste anatomische Verhältniss dieser Krankheit darstellt, und somit auch für sich allein vorkommend die gleichen Erscheinungen zur Folge haben muss.

3) Ein seröser Erguss mit subacuten Erscheinungen kommt vornehmlich als Terminalvorgang bei chronischen Krankheiten des Gehirns (bei Geisteskranken, Blödsinnigen und bei den mannigfaltigsten chronischen anatomischen Störungen) und bei Greisen, bald ohne weitere Ursachen, bald unter Mitwirkung von Gelegenheitsmomenten, wie Ueberfüllung des Magens, Durchnässung u. dergl. vor und stellt sich unter den Symptomen der rasch ablaufenden allgemeinen Cerebralparalyse dar: Schlafsucht, Unbesinnlichkeit, murmelnde Delirien, Gefühllosigkeit, automatische Bewegungen, Paresen, langsamer Puls, allmälig immer tieferes Versinken und unmerklicher Uebergang in die Agonie.

4) Der chronische Hydrocephalus schliesst sich in seinen Symptomen an den congenitalen an, und in der That ist oft schon im Fötalleben der Anfang dazu gelegt, wenn auch die weitere Entwiklung und die Vermehrung der Flüssigkeit erst später erfolgt. In andern Fällen dagegen beginnt der chronische Hydrocephalus entschieden ohne alle angeborene Anlage, und zwar treten seine Erscheinungen bald ganz schleichend und ohne vorausgegangene Symptome vom Gehirn, bald aber nach Ablauf einer andern acuten Störung im Gehirn, nach einer Verlezung, nach Symptomen einer Entzündung, und zwar entweder im unmittelbaren Anschluss daran, oder erst kürzere oder längere Zeit danach ein; bald endlich schliesst er sich, ohne dass sich sein Anfang festsezen liesse, an eine andere chronische Gehirnstörung an.

Der chronische Hydrocephalus kann vollkommen latent sein, zumal wenn andere Störungen neben ihm vorhanden sind; er kann zeitweise symptomlos sein und in Paroxysmen heftige Zufälle erregen; er kann ein anhaltendes Leiden von verschiedengradiger Complexität mit oder ohne anfallsweise eintretende Exacerbationen darstellen.

Die einzelnen Erscheinungen, welche von dem chronischen Hydrops der Ventrikel abhängen können, sind:

Kopfschmerz, anhaltend oder intermittirend;

Schwindel;

Störungen und Schwäche der Sinne, vornehmlich des Gesichtsinns, bis zur vollständigen Unempfindlichkeit;

verschiedenartige Anomalieen des psychischen, zumal intellectuellen Verhaltens mit vorwiegender Form der Abschwächung bis zum completen Blödsinn: am häufigsten Schwerbesinnlichkeit, Gedächtnissschwäche, Langsamkeit und Incohärenz des Ideenflusses: doch auch zuweilen einzelne Reizungserscheinungen: Aergerlichkeit, Hallucinationen, selbst Manie, diese jedoch meist nur paroxysmenweise auftretend;

Anfälle von Convulsionen, vornehmlich in der epileptischen Form;

Contracturen einzelner Muskel, besonders der Bulbusmuskel;

unvollkommene Bewegungsfähigkeit einzelner Theile bis zu annähernder Paralyse, meist in der Art der Paraplegie;

Anfälle von Unmacht, von Schlafsucht;

zuweilen habituelles oder von Zeit zu Zeit eintretendes Erbrechen;

in Betreff der Ernährung nicht selten eine gewisse Gedunsenheit.

Der chronische Hydrocephalus kann sich viele Jahre, selbst ein Menschenalter lang erhalten, und häufig stirbt der Kranke durch zufällige andere Störungen. Oder der Tod wird herbeigeführt durch eine hinzutretende Gehirnkrankheit, selbst an sich unerheblicher Art; oder es kann der Hydrocephalus durch sich selbst tödtlich werden: in Folge der Zunahme der Flüssigkeit, in Folge von Maceration und Aufweichung des Gehirns, vielleicht in Folge einer plözlichen, zufälligen und ungünstigen Lageveränderung der Flüssigkeit. Der Tod erfolgt nach kürzerem oder längerem Sopor oder zuweilen plözlich und ganz unerwartet. — Genesung durch vollständige Resorption der Flüssigkeit ist problematisch.

Der chronische Hydrocephalus gibt in manchen Fällen so wenig Symptome, dass Niemand eine Hirnstörung zu ahnen im Stande ist. In andern Fällen sind eine Zeit-

lang Symptome vorhanden, aber sie verschwinden und das Individuum erscheint geheilt, während das Wasser noch in Menge im Hirn vorhanden ist und später aufs Neue Zufälle hervorrufen kann. Noch in andern Fällen kommen nur von Zeit zu Zeit Erscheinungen, welche eine habituelle Hirnkrankheit vermuthen, aber die hydropische Natur unmöglich erkennen lassen. Sehr symptomlos sind namentlich die Hydropsieen der Ventrikel, welche bei einem atrophischen, senilen Gehirne eintreten. Wie aber auch bei einem jugendlichen Individuum die intellectuellen Functionen bis zum Tode fast vollständig erhalten und auch die Bewegungen nur mässig beeinträchtigt sein können, lehrt folgender Fall:

G. F. hatte in frühester Kindheit viele und schwere Krankheiten durchgemacht, unter andern zweimal, wie er angiebt, die Gehirnentzündung überstanden, in Folge dessen eine Reizbarkeit des Kopfes behalten. Im 18ten Jahre trat eine Gedrüktheit des Geistes mit Rükenschmerzen ein, die oft so heftig wurden, dass er beim Niederbüken kaum sich aufrichten konnte und dass es ihm schien, als ob im Rükgrat mit Messern gearbeitet werde. Von dieser Zeit an benüzte er mit Vortheil kalte Waschungen, Fluss- und Wellenbäder. Als sogenannter Freiwilliger in der preussischen Armee lebte er sehr ausschweifend im Geschlechtsgenuss, hatte Chanker, Rachengeschwüre und syphilitische Exantheme. Nach seinem Austritt beschäftigte er sich im Buchhandel, ohne bei der Arbeit Schwierigkeit zu finden, jedoch ohne jemals die normale Regsamkeit und Frische des Geistes zu fühlen. Von Zeit zu Zeit hatte er heftiges Pochen und Schmerzen im Kopfe, besonders im Hinterhaupt, Unmachten, Zuken und Aufschreken im Schlafe; auch konnte er sich so wenig beherrschen, dass er, sobald er sich Abends auf das Sopha legte, augenbliklich in den tiefsten Schlaf verfiel; ferner klagte er über eine unerträgliche Schwere in den Auglidern, die er kaum wieder zu öffnen vermochte, und über eine Vergesslichkeit, bei welcher ihm oft die Gedanken während eines Gespräches plözlich wie abgeschnitten waren und etwas Gelesenes seinem Geiste nur im Allgemeinen vorschwebte, und er sich erst mit Mühe sammeln musste, ehe er sich an Specielleres erinnerte. Seine Augen waren schwach und die Gesichtseindrüke undeutlich und bleich; sein Gehör war auf der rechten Seite etwas stumpf. Baden und Turnen brachte eine wesentliche Besserung hervor; allein da er dasselbe nicht fortsezte, so verfiel er nach dem 30sten Jahre in eine allgemeine Verschlimmerung seines Zustandes, der nun auch durch das Wiederaufnehmen des Turnens sich nicht mehr besserte, sondern nur zu grösserer Angegriffenheit und Verstimmung sich steigerte. Im 33sten Jahre kam er in meine Beobachtung, nachdem er kurze Zeit zuvor ungewöhnlich heftige und häufige Anfälle von Kopfschmerzen gehabt haben will. — Sein Aeusseres zeigte nichts Besonderes, weder in Bezug auf den Kopf und dessen einzelne Theile, noch in irgend einer andern Beziehung; nur waren seine unteren Extremitäten zwar nicht mager, aber doch in ihrer Musculatur weniger kräftig entwikelt als die oberen. Der Puls war bald normal, bald wenig beschleunigt. Die Zunge war wenig belegt, der Appetit ziemlich gut, doch brach Patient manchmal früh nüchtern etwas klares Wasser; der Stuhl war träge und erforderte leichte Laxire. Zum Uriniren hatte der Kranke oft Stunden lang den Drang, ohne ihn befriedigen zu können, bis dann auf einmal der Urin ohne Schwierigkeit abging. Er konnte ohne Unterstüzung gehen; die Bewegung seiner Hände und übrigen Körpertheile war kräftig und ohne irgend eine Hemmung. Der Kranke war ziemlicher Hypochonder, doch voll von guter Hoffnung, notirte sich Alles, was er bei einem Besuche mittheilen wollte, zuvor in vollkommen klarer und zusammenhängender Weise. Wiederholt an einem Tage bekam er Anfälle, welche nicht selten durch schnelle Bewegungen des Kopfes, durch eine leichte psychische Aufregung (lebhaftes Sprechen, unerwarteten Besuch) hervorgerufen wurden: sie fingen mit heftigen Kopfschmerzen an, besonders klagte Patient über schmerzhafte Spannung im Naken; dann verzog sich das Gesicht in einer schmerzausdrükenden Weise, auch stiess er Schmerzenslaute aus, der Kopf war etwas nach hinten gebeugt, die Hände zukten und wurden nach dem Kopfe geführt; er verlor dabei das Bewusstsein nie vollkommen und war unmittelbar nach dem Anfall, der selten über eine Minute anhielt, so wohl wie zuvor. Diese Anfälle kamen auch zuweilen bei Nacht, und namentlich in einer Nacht hatte Patient deren sehr häufige gehabt, klagte des andern Morgens über anhaltende schmerzhafte Spannung im Naken und über ungewöhnlich häufige Wiederkehr der Schmerzen. Kurz nach 12 Uhr desselben Tags wurde er wieder von einem sehr heftigen Paroxysmus befallen, sein Gesicht war dabei sehr geröthet und schmerzhaft verzogen; er gab keinen Laut von sich, holte nur manchmal tief Athem; bald verwandelte sich die Röthe des Antlizes in eine immer stärker werdende cyanotische Färbung; wenige Minuten darauf wurde der zuvor wenig beschleunigte Puls häufig und klein, bald unregelmässig und etwa eine Viertelstunde nach dem Beginn des Anfalls unfühlbar, womit zugleich die Cyanose

in die Todtenblässe überging und sofort der Tod erfolgte. — Das Schädeldach war dünn, an seiner Innenfläche rauh anzufühlen, wie von sammtartigen Osteophyten. Die Häute stark gespannt, die Pia an der Basis des Gehirns weisslich getrübt und über dem Tuber cinereum durch mehrere linsengrosse knorpelharte weisse Schwielen verdikt; die Gyri sehr abgeplattet; die Sulci nur als seichte linienförmige Vertiefungen wahrnehmbar; die Gehirnsubstanz sehr zäh, blutarm, nicht ödematös; die Ventrikel und ihre Communicationswege sämmtlich enorm ausgedehnt durch klares Serum: besonders auffällig war die Erweiterung des Unterhorns der Seitenventrikel und des vierten Ventrikels; das Ependyma über dem gestreiften Körper und Sehhügel mit zahlreichen sehr feinen Granulationen bedekt. Das Rükenmark und seine Hüllen zeigten keine auffälligen Veränderungen; oberhalb des Ursprungs der Lenden- und Sacralnerven schien es zwar etwas weicher zu sein, enthielt aber keine Körnchenzellen. Der hintere Theil der Lungen und die Nieren sehr blutreich. Sonst keine Störungen in andern Theilen des Körpers.

So wenig Zufälle aber der Hydrocephalus in manchen Fällen machen mag, so bleibt er stets ein gefährlicher Zustand, da nicht nur jeder Zeit die Vermehrung der Flüssigkeit und die Maceration der benachbarten Hirntheile droht, sondern weil bei Hydrops der Ventrikel jede auch noch so unbedeutende weitere Störung im Gehirn: Hyperämie, Extravasate der kleinsten Menge, höchst mässige Exsudationen sofort den Ausbruch der schwersten Erscheinungen und selbst einen plözlichen Tod veranlassen können.

III. Therapie.

Die Therapie hat wenig Hilfsmittel gegen den Hydrocephalus, obwohl eine Heilung mässig acuter Fälle und selbst mancher chronischer nicht bezweifelt werden kann.

1) Berüksichtigung der Ursachen: Wiederherstellung abgetrokneter Hautausschläge, Beseitigung oder Ermässigung der Ursache allgemeiner Wassersucht.

2) Ableitende Mittel: am Kopf (Blasenpflaster, Fontanellen), auf den Darm (Drastica), auf die Nieren (Diuretica).

3) Resorptionsbefördernde Mittel sind von zweifelhaftem Nuzen: Jodkalium, Salzbäder.

4) Stärkung der Constitution (Diätetik, Eisen) in chronischen Fällen.

5) Das symptomatisch-prophylactische Verfahren erscheint in chronischen Fällen als die Hauptsache und hat die Aufgabe, die einzelnen lästigen Symptome (Kopfschmerz etc.) nach ihrer Art zu behandeln, vornehmlich aber Alles abzuhalten, was das Gehirn weiter stören, überanstrengen, krank machen kann.

6. Exsudationen auf der Dura.

I. Das Vorkommen von primären spontanen Entzündungen der Dura ist zweifelhaft.

Am häufigsten entstehen sie durch traumatische Ursachen oder nach Entfernung eines Knochenstükes durch die Einwirkung der Atmosphäre und anderer Reize. Ausserdem können sie sich secundär entwikeln durch Ausdehnung von Entzündungsprocessen benachbarter Theile, namentlich durch Erkrankungen der Schädelknochen (Caries, Krebs), des innern Gehörgangs (Vereiterungen), der Stirnhöhlen, durch Ulcerationen in der Nase, durch Affectionen der obersten Halswirbelgelenke. — An der Innenfläche der Dura (sogenanntem Parietalblatte der Arachnoidea) entstehen Exsuda-

tionen bei von Innen vordringenden Tumoren, bei Meningiten und Arachnoideiten, bei intermeningealen Blutergüssen.

Die Entzündung der Dura hat ein überwiegend chirurgisches Interesse, da in den Fällen, wo sie im Verlaufe sog. innerer Krankheiten vorkommt, der einzigen Entstehungsweise, welche ausschliesslich in das Gebiet der medicinischen Pathologie fällt, die Entzündung der Dura stets so unbeträchtlich ist, dass sie in dem Complexe der mannigfachen Störungen kaum in Betracht kommt und namentlich auf die Symptome des Falles nicht influirt.

II. Der Beginn der Entzündung der Dura ist an blossgelegten Stellen vom Anfang an zu verfolgen: es zeigt sich eine Injection in baumförmiger Verzweigung, in rothen Punkten und Streifen, sofort eine petechiale Extravasirung und eine Aufwulstung des Gewebes, welches mehr und mehr in eine gleichmässig lebhaftrothe oder schmuziggelbe oder braune Fläche verwandelt wird.

Das Exsudat wird vornehmlich auf die Aussenfläche der Dura abgelagert und bildet dort im weiteren Verlaufe entweder dünnere oder derbere, vascularisirte Schichten, welche die Dura fest an den Knochen anheften, nicht selten auch durch spätere Ossification neue Knochenlagen herstellen; oder es stellt sich in der Form von Eiter dar, welcher meist in nicht ganz unbeträchtlicher Ansammlung zwischen Knochen und Dura, umschlossen von plastischem Exsudate stekt.

An der Innenfläche der Dura sind dabei entweder gar keine Veränderungen zu bemerken, oder nur schwache Anflüge plastischer Exsudirung; doch können besonders bei den von Störungen im Schädelinhalt ausgehenden Duraentzündungen auch umfangreichere Absezungen auf der Innenfläche der Membran sich vorfinden, wobei aber stets auch das Visceralblatt der Arachnoidea mit Exsudat bedekt ist und die unterliegende Pia an der Entzündung Theil nimmt.

An diese Affection der Dura schliessen sich, wenn sie irgend von grösserem Belang ist, sofort weitere Veränderungen an: theils in dem Knochen, welcher zur Zerstörung und zum Durchbruch kommen kann, theils aber auch in den zarten Hirnhäuten und im Gehirn selbst, in welchen sich in ungünstigen Fällen eine mehr oder weniger intensive und ausgebreitete Entzündung entwikelt.

Nur bei blossgelegter Dura ist deren isolirte Entzündung mit Bestimmtheit zu erkennen, dann aber auch nur an den zu Tage liegenden Veränderungen der Membran bei Abwesenheit weiterer Störungen vom Gehirn.

Bei geschlossenem Schädel lässt sich dagegen niemals mit Bestimmtheit eine auf die Dura beschränkte Affection diagnosticiren, und selbst die Annahme einer Theilnahme der Dura an einer Erkrankung des Schädelinhalts kann nur durch solche Umstände des Falles gerechtfertigt werden, bei welchen erfahrungsmässig die Entzündung der Dura häufiger vorkommt, wie namentlich beschränkte Affectionen (Caries) der Schädelknochen, vorausgegangene Verlezungen. Wahrscheinlichkeit von Geschwülsten an der Oberfläche des Gehirns, ein sehr fixer, die übrigen Symptome nicht nur complicirender, sondern alle überwiegender Schmerz an einer scharf beschränkten Stelle des Kopfes. Sehr oft aber fehlen auch alle Symptome, und geringfügige Grade der Entzündung der Dura finden sich häufig in der Leiche, ohne dass irgend ein Symptom während des Lebens sie hätte vermuthen lassen können.

Ein tödtlicher Ausgang wird nur durch ungünstige Gestaltung der Complicationen herbeigeführt, während die Duraentzündung für sich einen günstigen Ausgang erwarten lässt.

III. Die Therapie stüzt sich bei Duraentzündungen nur in den Fällen

von Entblössung der Haut auf eine bestimmte Diagnose; in diesen aber genügt ein exspectatives, die Entfernung der Producte begünstigendes Verfahren. In allen übrigen Fällen ist das Verfahren wie bei jeder andern vermutheten Localentzündung der Hirnhäute oder der Peripherie des Gehirns, besteht bei mässigen Symptomen in örtlichen Blutentziehungen und kalten Ueberschlägen, in heftigen Fällen und namentlich bei der weiteren Ausbreitung der Affection in dem Verfahren gegen Meningitis der Convexität.

7. Entzündung der Blutleiter der Dura.

Die Entzündung der Blutleiter, namentlich des oberen Longitudinalsinus und des Sinus transversus wurde zuweilen nach Erkrankungen der Schädelknochen (Caries), nach Krankheiten der Gesichts- und Kopfhaut, nach mechanischen Verlezungen und bei Pyämie, niemals aber spontan beobachtet.

Der Blutleiter erscheint auf seiner inneren Fläche geröthet, gewulstet, mit plastischen Belegen bedekt, mit Fibringerinnungen, oder mit einer schmuzigbraunrothen Flüssigkeit, oder mit Eiter gefüllt. In den Venen, welche in ihn einmünden, ist das Blut geronnen, und in der Capillarität, welche ihnen entspricht, befinden sich capilläre und ausgebreitetere Extravasate. Daneben können Exsudate im Gehirn und in den Hirnhäuten bestehen und multiple Eiterabsezungen in verschiedenen andern Organen vorkommen.

Die Symptome sind in den einzelnen Fällen, welche beobachtet worden sind, nicht so übereinstimmend, dass daraus eine bestimmte Diagnose gemacht werden kann: entweder zeigten sich Erscheinungen, wie bei andern acuten Entzündungen im Schädelinhalt, oder apoplectische Zufälle, oder wiederholte Fröste mit den Erscheinungen der Pyämie, oder auch diese sämmtlichen Formen der Erkrankung zumal. Bei zuvor schon schwer darniederliegenden Kranken kann aber auch die Entzündung der Blutleiter sich hinzugesellen, ohne den Symptomencomplex weiter zu vermehren.

Ein anderer Ausgang als der in den Tod ist nicht erfahrungsmässig, um so weniger, da die Erscheinungen nicht hinreichen, eine auch nur annähernd sichere Diagnose zu begründen.

Die Diagnose kann höchstens in solchen Fällen als eine Vermuthung gemacht werden, wenn unter Umständen, welche ein Fortschreiten einer Affection der Kopfknochen der Lage nach auf den Sinus nicht unwahrscheinlich machen, plözliche Erscheinungen von Pyämie eintreten, oder wenn bei einer zuvor bestehenden Pyämie plözlich ein apoplectischer Anfall erfolgt, wiewohl selbst in diesen Fällen die Combination der verschiedenen Störungen auch auf andere Weise zustandekommen kann.

Vergl. über diese Erkrankungsform: Tonnellé (Journ. hebdom. 1829. V. 337), Puchelt (das Venensystem. 2. Aufl. II, 175), woselbst zuerst die Fälle aus der Literatur gesammelt und zwei eigene beigefügt sind, und Bruns (Handb. der pract. Chir. Spec. Theil I, 635).

8. Ablagerungen in den Arterienwandungen.

In den Wandungen der Hirnarterien kommen sehr häufig atheromatöse Absezungen vor, welche wie in andern Schlagadern theilweise verkalken

und dadurch die Verknöcherung der Arterien darstellen. Diese Veränderungen sind bald auf einzelne Stellen beschränkt, bald in jedem Grade ausgebreitet, zuweilen sogar über den grössten Theil des arteriellen Systems des Gehirns, ja selbst bis in die kleinsten Verzweigungen. — Solche Entartungen der Arterienhäute haben an sich keine Symptome, können aber bei gleichzeitiger Rigidität der Temporalarterien mit Wahrscheinlichkeit vermuthet werden. Sie sind darum von Wichtigkeit, weil sie die Veranlassung zu Aneurysmen und noch häufiger zu Rupturen (Apoplexieen) geben.

Delacour (Gazette des hôpitaux 1850. Nro. 27) beobachtete bei einem 81jährigen Greise, der an Fatuität und Lähmung litt, eine Verknöcherung der kleinsten Gefässe im Marklager des Grosshirns, d. h. eine Menge kleiner (1—2 Millim. grosser) harter Körperchen; daneben im Corpus striatum beider Seiten bohnengrosse Verhärtungen, die aus einer Anhäufung einer grossen Anzahl analoger Körperchen zu bestehen schienen und die er für verknöcherte Capillargefässe hält, deren Uebergang in kleine Arterien, welche wie knöcherne Stiele sich darstellen, er verfolgt haben will, während die grösseren Gefässstämme keine Spur von Ossification zeigten.

Aneurysmen der Gehirnarterien sind ziemlich selten, stets von geringem Umfang und gewöhnlich ohne Symptome, wenn nicht ein Druk dadurch auf einen einflussreichen Theil (Nervenstamm etc.) ausgeübt wird: sie können durch Bersten eine fulminante Apoplexie herbeiführen.

Fälle von Aneurysmen der Hirnarterien bei Blane (Auserlesene Abh. XX. 560); Nebel (Diss. inaug. Heidelb. 1834: A. corp. callosi); King (Med. quart. review Nro. VI. 1835: 3 Fälle), Stumpff (Diss. de aneur. arteriar. cerebral. Berol. 1836: A. fossae Sylvii und des R. communicans), Jennings (Transact. oft the provinc. med. and surg. Assoc. I. 270: A. der Basilaris).

Die Verfettung der Hirnarterien ist ein häufiger, symptomloser Zustand, der zur Ruptur derselben Veranlassung geben kann.

Paget (Lond. Gaz. Febr. 1850) hat nicht nur an den Arterien, sondern auch an Venen und Haargefässen von dem feinsten Durchmesser eine fettige Umwandlung der Gefässwand in der Weise wahrgenommen, dass kleine, durchscheinende, schwarzrandige Theilchen wie Oeltröpfchen unregelmässig auf der Oberfläche zerstreut sind. Bei weiter vorschreitendem Processe soll das Gefäss sich so verändern, dass es nur aus einer dicht mit Fetttheilchen besezten homogenen Membran gebildet sei, dabei uneben und knotig werde und blasenförmige Ausbuchtungen erhalte, welche mit öligen Theilen gefüllt seien. Er sieht diese Veränderung der Gefässe als die gewöhnlichen Vorläufer und die prädisponirende Ursache der Hirnapoplexieen an.

E. PARASITGESCHWÜLSTE IN DER HIRNSUBSTANZ UND IN DEN HIRNHÄUTEN (HIRNTUMOREN).

Die Literatur enthält eine grosse Anzahl mehr oder weniger sorgfältiger Beobachtungen über Hirntumoren, und zwar erregten solche schon in der ersten Zeit pathologisch-anatomischer Forschung die Aufmerksamkeit. Auch hat man bald angefangen, Reihen von Fällen zu sammeln und zusammenzustellen, um daraus einerseits Anhaltspunkte für die Diagnose zu gewinnen, andererseits um Aufschluss über die Functionen der einzelnen Hirntheile zu erhalten. Die erste Arbeit solcher Art ist die von Louis (Mémoires de l'acad. de chir. Nouv. édit. 1819. V. 11). Ihm folgte eine Anzahl weiterer ähnlicher Zusammenstellungen, zunächst die Geschwülste der Dura berücksichtigend, von Wenzel (Ueber die schwammigen Auswüchse der äusseren Hirnhaut. 1811), Chelius (über den schwammigen Auswuchs der harten Hirnhaut. 1828), Ebermaier (1829 Journ. complem. des scienc. méd. XXXIV, 298 u. XXXV, 110). Die Tumoren der Hirnsubstanz selbst wurden zuerst näher beleuchtet von Abercrombie (eine Zusammenstellung von 44, in der neuesten Auflage 47, zum Theil genauer, zum Theil kürzer mitgetheilten Fällen mit einem bemerkenswerthen Versuch, dieselben nach den Symptomen zu classificiren, in der Uebersezung von Blois mit weiteren Mittheilungen über Gehirngeschwülste von

Fr. Nasse bereichert); Rayer (Arch. gén. A. III, 350) beschäftigte sich nur mit den Geschwülsten der Glandula pituitaria, Lallemand (in dessen 2. Brief) theilte zahlreiche, zumal fremde Beobachtungen mit. Eine reiche Sammlung von Beobachtungen über Parasitgeschwülste aus der früheren Literatur findet sich bei Burdach (vom Bau und Leben des Gehirns. 1826. III, 541: über 160, freilich zum Theil wenig brauchbare Fälle enthaltend). Bedeutende Leistungen sind ferner die von Cruveilhier (in der 8. und 25. Lieferung der Anatomie pathol.), von Albers (Erläuterungen zu dem Atlas der patholog. Anatomie. 1832. p. 205, eine ausführliche Betrachtung der damaligen Erfahrungen enthaltend), von Andral (Clin. méd. V, 1 u. 633, sehr werthvolle Beobachtungen), von Calmeil (1835. Dict. en XXX. XI, 557), von Longet (1842. Anat. et physiol. du système nerv. I; Sammlung von Fällen nach den verschiedenen Hirntheilen geordnet). Neuerdings haben Lebert (1851. Virchow's Arch. III, 463) und Friedreich (Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten innerhalb der Schädelhöhle), sowohl nach einigen eigenen Beobachtungen, als unter Benüzung eines Theils der Casuistik die Verhältnisse der Hirntumoren einer ausführlichen Analyse unterworfen. — Einzelnfälle von Hirntumoren sind in grosser Menge in Dissertationen und Journalaufsäzen zerstreut. Besonders von Werth sind ausser den Fällen der schon angegebenen Beobachter die von Serres (1819. Annuaire des hôpit.), von Bright (1831. Reports of med. cases. II), und überdem sind zahlreiche in den Bulletins de la société anatom. und zerstreut in den verschiedenen Journalen enthalten. Die wichtigeren Facta darunter s. bei der Localdiagnose der Gehirntumoren.

I. Aetiologie.

Die Hirntumoren gehören zwar nicht zu den häufigsten, aber doch durchaus nicht zu den seltenen Erkrankungen.

Die Zahl der daran leidenden Männer überwiegt nicht unbeträchtlich die der Weiber.

In allen Altern hat man Gehirngeschwülste beobachtet, am häufigsten im mittleren Alter (zwischen 30 und 65 Jahren).

Eine traumatische Veranlassung (Stoss, Schlag auf den Kopf) geht in sehr häufigen Fällen der Ausbildung der Hirntumoren voran, und zwar bald in der Weise, dass die Erscheinungen sich unmittelbar an die Verlezung anschliessen, bald aber und noch häufiger so, dass erst nach Monate und selbst Jahre langen Zwischenräumen die Symptome beginnen.

Constitutionsdispositionen für Entstehung von Hirntumoren sind nicht mit Sicherheit namhaft zu machen.

Die langsame und ohne Zweifel meist nach einem latenten Stadium folgende Entwiklung der Symptome der Hirntumoren erschwert die Feststellung der ätiologischen Verhältnisse. Jedoch ist das Vorausgehen von Verlezungen zu häufig, als dass es für nur zufällig angesehen werden könnte. — In Lebert's Zusammenstellung waren unter 89 Fällen 51 Männer und nur 38 Frauen; in Friedreich's unter 43 Fällen 28 Männer und 15 Weiber. In beiden Zusammenstellungen fällt die überwiegende Mehrzahl der Fälle auf das 40.—50. Jahr, bei Lebert ausserdem zwischen das 60. und 65. Dabei vertheilen sich die Erkrankungen über fast alle Altersclassen, und bei Lebert finden sich unter dem 10. Jahre 3 Fälle, darunter sogar ein Fall von Gehirnkrebs. Er bemerkt selbst, dass der Krebs des Gehirns in einer früheren Periode aufzutreten scheine, als diess in der Regel bei andern Krebsen der Fall sei. — In einigen andern Zusammenstellungen erscheint die Häufigkeit der Tumoren des kindlichen Alters noch grösser, jedoch wohl darum, weil absichtlich oder irrthümlich die Tuberkel mitgerechnet sind. — In Betreff der Constitutionsdisposition könnte wenigstens für die carcinomatösen Tumoren eine allgemeine Krebsdiathese als Ursache vermuthet werden; aber wenn auch der Hirnkrebs nicht selten neben andern Krebsen vorkommt und zuweilen ihnen consecutiv ist, so scheint doch jener viel häufiger der primäre zu sein. Constitutionelle Syphilis geht zwar zuweilen der Entstehung von Hirntumoren voraus, aber es lässt sich bei dem seltenen Zusammenfallen keine causale Beziehung derselben mit Sicherheit annehmen. Scrophulöse Disposition hat man zwar vielfach angenommen, aber ohne irgend einen Beweis dafür beibringen zu können. Meist sind es vielmehr kräftige, zuvor durchaus gesunde Individuen, welche von Hirntumoren befallen werden.

II. Pathologie.

A. Die Geschwülste, welche innerhalb des Schädels sich bilden, können sein:

1) Fettgeschwülste, welche ein nicht ganz seltenes Vorkommen zeigen und ausgehen:

von der Dura: lipomatöse Geschwülste, von Erbsen- bis Bohnengrösse, bald einfach, bald vielfach; Fettcysten mit Haarbildung;

von der Arachnoidea: Cholesteatome, welche bohnen- bis haselnussgrosse Aggregate zarter glänzender Schüppchen oder auch grössere eingebalgte Massen darstellen und an der Hirnbasis beobachtet worden sind;

vom Plexus choroideus: Cholesteatome;

vom Gehirn selbst: selten, in der Form des mit einer Hülle umgebenen Cholesteatoms.

Beispiele von Fettgeschwülsten finden sich: bei Leprestre (Arch. gén. A. XVIII. 19), Cruveilhier (Anatomie path. Livr. II. 6.), J. Müller (über d. fein. Bau der Geschwülste).

2) Cysten und Colloide. Cystenartige Bildungen werden zwar im Gehirn ziemlich häufig gefunden, sind aber wohl meistens entweder Umwandlungen apoplectischer oder entzündlicher Herde, oder atrophirte Stellen, oder endlich Parasiten. — Häufig kommen dagegen kleine, selbst bis nussgrosse Cysten im Plexus choroideus vor. Auch in der Pia der Hirnrinde finden sie sich nicht ganz selten.

Colloidartige Massen finden sich nicht selten in dem Zwischenraum zwischen beiden Lappen der Schleimdrüse und können Geschwulstform zeigen.

Nach Rokitansky kommen wirkliche einfache und zusammengesezte Cysten im Gehirn durchaus nicht vor. Bei manchen Beobachtungen von Cysten des Gehirns ist die Entstehung aus Abscessen, aus Schwund der Substanz oder die parasitische Natur des Gebildes kaum zu bezweifeln; und vornehmlich ältere Wahrnehmungen von Cysten und Hydatiden sind in dieser Hinsicht stets mit Zweifel aufzunehmen.

3) Telangiectatische Geschwülste in der Pia und in dem Plexus choroideus: grosse Seltenheiten.

4) Sarcomatöse und fibroide Geschwülste stellen die gewöhnliche Form der Tumoren innerhalb des Schädels dar. Sie hängen in der Mehrzahl der Fälle mit den Häuten zusammen, entweder mit der Dura oder mit der Arachnoidea und Pia und sizen dort gemeiniglich mit einem Stiele auf, während sie sich in das Innere des Gehirns erstrecken können. Auch aus dem Plexus choroideus können sie sich entwikeln. Sie scheinen häufiger von der Basis auszugehen als von der Convexität. Ihre Grösse erreicht meist kaum die einer Wallnuss, selten die eines Gänseeis. Die Form ist gewöhnlich rundlich oder eiförmig, manchmal unregelmässig und gelappt, oder auf der Oberfläche mit Warzen und Hökern versehen. Ihre Consistenz ist bald hart, bald weich, und zuweilen ungleichmässig; auch enthalten sie oft kleine mit weicherer Masse oder selbst mit Flüssigkeit gefüllte Räume. Sie sind bald gefässarm, wie besonders die harten fibroiden Geschwülste, bald sind sie mehr oder weniger reichlich mit Gefässen versehen und hämorrhagische Austritte finden dann nicht selten in ihnen statt. Ihre Farbe ist schmuzigweiss, gelblich, bräunlich, zuweilen mit einzelnen

dunkelpigmentirten Stellen, oder auch stellenweise roth, wenn sie reich an Gefässen sind. Sie enthalten keine Krebszellen, dagegen finden sich nicht ganz selten einzelne kalkartige Concretionen in ihnen, selten eine vorgeschrittene Verknöcherung. — Sie gehen mit der Nachbarschaft keine Verwachsungen ein, bringen durch Druk mehr oder weniger tiefe Gruben im Gehirn zustande, welche hauptsächlich durch Schwund der Hirnsubstanz an der Stelle zu entstehen scheinen; ebenso drüken sie die Nerven platt und atrophiren sie. Dabei ist in den in dieser Art beeinträchtigten Theilen gewöhnlich kein Reactionsprocess wahrzunehmen; doch bemerkt man zuweilen einige Röthung, Verhärtung oder Erweichung der Hirnsubstanz in ihrem Umkreis. Häufig dagegen sind sie wahrscheinlich in Folge des Drukes, den sie auf die Venen ausüben, mit serösen Ergüssen unter die Arachnoidea und in die Ventrikel complicirt.

Diese Geschwülste scheinen fast immer von den Hirnhäuten auszugehen und als eine Luxuriation einer kleinen Stelle derselben zu beginnen. Sie haben ohne Zweifel ein sehr langsames Wachsthum, um so langsamer, je weniger vascularisirt sie sind. Sie zeigen die Eigenthümlichkeit, ohne Reactionsprocesse in ihrer Nachbarschaft die Gewebstheile ganz in der Stille zu consumiren: wenn sie auch bis zu einem gewissen Grade die ihnen zunächst liegenden Theile zuerst comprimiren und verschieben, so findet man doch bei Geschwülsten dieser Art, wenn sie irgend erhebliche Grösse erreicht haben, unzweifelhafte Substanzverluste an ihrem Lager: es hat das Ansehen, als ob an die Stelle der Hirnsubstanz der Tumor getreten wäre. Sie scheinen zuweilen in ihrer Vergrösserung wieder sistirt zu werden und selbst eine Verschrumpfung scheint an ihnen vorzukommen. Zuweilen findet man kleine Knötchen solcher Art frei in den Ventrikeln, indem die Stiele, an denen sie sich bildeten, atrophirten und so schliesslich die Geschwulst abfallen konnte.

5) Krebse kommen vor:

a) in der harten Hirnhaut (Fungus durae matris), sowohl an der Convexität des Gehirns, als auch an der Basis des Schädels an jeder Stelle der Dura. Sie erscheinen bald als mehr oder weniger harte und feste, bald blutleere, bald vascularisirte, meist hökerige, gelappte Geschwülste, welche von der inneren Fläche der Dura oder von den Fortsäzen derselben ausgehen und ihre Richtung gegen das Gehirn hin nehmen, dieses zusammendrüken, dislociren, sclerosiren, Blutstokung und Anämie, Apoplexie und Erweichung bedingen können. Oder sie gehen, wiewohl seltener, mehr von der Aussenfläche der Dura aus, wobei diese oft in ziemlichem Umfang markschwammig infiltrirt ist, sind dann meist lokere, gewöhnlich reich vascularisirte, daher rothe, blutschwammartige Geschwülste, die troz ihrer Weichheit die Schädelstelle, die sie berühren, allmälig durchbohren, zuweilen nachdem dieselbe selbst markschwammig infiltrirt ward, zugleich aber meistens auch nach innen drüken, auch bisweilen zur Nase oder zum Ohre herauskommen. Das Wachsthum dieser Krebse ist meist nicht ganz ohne Reactionsprocesse in den benachbarten Membrantheilen.

b) Krebse in der Hirnsubstanz sind zwar viel seltener als die der Dura, aber unter den im Gehirn selbst sich entwikelnden Tumoren bei Weitem die häufigsten. Sie kommen als harte und weiche, weisse (Encephaloide), rothe (Fungus haematodes) oder melanotische Krebse, als infiltrirte (mit verwischten und oft schwer zu unterscheidenden Grenzen), doch häufiger als scharf abgegrenzte, eingesakte Knoten vor. Sie können die Grösse einer Faust erreichen: am grössten pflegen die an der Convexität

des Gehirns und in dem Marklager der Hemisphären sich entwikelnden zu werden, während die Krebse der Basis meist nur eine geringe Grösse erreichen. Sie sind nicht ganz selten an der Glandula pituitaria. Am häufigsten sind die Grosshirnhemisphären vom Krebse befallen. Die Form der Krebse ist rundlich oder unregelmässig, häufig hökerig. Die Krebse enthalten noch häufiger als die Sarcome hämorrhagische Herde und sind zuweilen an einzelnen Stellen erweicht. Er ist zuweilen nur einfach, zuweilen doppelt und mehrfach und dann nicht selten auffallend symmetrisch vertheilt; auch confluiren zuweilen benachbart liegende Krebse. Wenn die Krebsmassen die Oberfläche des Gehirns erreichen, so können sie den Knochen durchbohren. In manchen Fällen zeigt die Nachbarschaft der Krebse keine Veränderung, vornehmlich so lange dieselben noch klein sind. Bei grösseren Krebsen dagegen finden sich meist Erscheinungen von Reaction in ihrem Umkreis, entweder nur schwielige Verdikung der Hirnsubstanz oder krebsige Infiltration, welche mit dem primären Tumor verschmelzen kann, oder und zwar am gewöhnlichsten Erweichung, bald mit bleicher, bald mit schmuzigröthlicher Farbe. Diese Erweichung kann einen ziemlichen Umfang gewinnen, der Herd durch eintretende Hämorrhagieen dunkler gefärbt werden und es kann dahin kommen, dass die Krebsgeschwulst in einer sie weit an Umfang überragenden Höhle liegt, welche ausserdem mit einem schmuzigen, Jauche, Blut und Hirndetritus enthaltenden Breie gefüllt ist.

Wahrscheinlich gehören zu den Krebsen auch die von Hooper, Carswell und Anderen beobachteten melanotischen Geschwülste, unter denen vielleicht auch einzelne umgewandelte apoplectische Herde mitbeschrieben sind.

Der häufigste Siz der Tumoren sind die Häute, dann der convexe Theil der Grosshirnhemisphären und das Kleinhirn. Doch sind sie in dem Marklager des Grosshirns, in der Nähe der Seitenventrikel, im Pons und in der Gland. pituitaria noch ziemlich häufig. Nur sehr ausnahmsweise finden sie sich in den Corpora quadrigemina, in den Hirnstielen, im Corpus callosum.

Lebert (l. c. pag. 476) gibt eine numerische Uebersicht über die relative Häufigkeit der Hirngeschwülste an den verschiedenen Theilen, wobei jedoch krebsige und nicht krebsige nicht unterschieden werden. Bei der geringen Zahl von Fällen ist diese Statistik begreiflich nicht entscheidend; indessen gibt sie doch eine annähernde Vorstellung, die nicht ohne Interesse ist.

A. Einfache Geschwülste kamen vor 76mal:
- 1) in den Hirnhäuten 40mal;
  - a) an der convexen Fläche 13mal,
  - b) an der Basis 22mal,
  - c) an der Falx 3mal,
  - d) an dem Tentorium 2mal;
- 2) in der Hirnsubstanz 36mal;
  - a) an der convexen Fläche der Hemisphären 17mal,
  - b) in den tieferen Theilen der Hemisphären 4mal,
  - c) am Pons und an der Oblongata 8mal,
  - d) an der Glandula pituitaria 3mal,
  - e) am Kleinhirn 4mal.

B. Multiple Geschwülste fanden sich 13mal:
- 1) in den Hirnhäuten allein 2mal,
- 2) in der Hirnsubstanz allein 6mal,
- 3) in Knochen und Hirnhäuten zumal 2mal,
- 4) in Hirnhäuten und Gehirn zumal 3mal.

Die Menge der gleichzeitig vorhandenen multiplen Geschwülste kann sehr verschieden sein und betrug in einem Fall von Cruveilhier über 100.

B. Symptome der Hirntumoren.

1) Alle Arten von Hirntumoren können eine kürzere oder längere Zeit

vollkommen latent bestehen, und zwar an jeder Stelle des Gehirns, solange dieselben nur ein langsames und höchst allmäliges Wachsthum zeigen und nicht durch sie wichtige oder durch keine andere Stelle des Gehirns ersezbare Theile des Organs destruirt sind. Die Latenz der Hirntumoren zeigt sich am ehesten in der Zeit ihrer ersten Entwiklung; es können aber auch Tumoren in Beziehung auf die Symptome wieder latent werden, welche bereits Erscheinungen dargeboten haben, oder können sie zu einem grossen Umfange wachsen und bis zu dem durch consecutive Processe herbeigeführten Tod ohne alle Symptome bleiben.

Fast an allen Stellen des Schädelinhalts hat man Tumoren gefunden, welche keine Erscheinungen hervorgerufen hatten. Am häufigsten und längsten aber scheinen Tumoren latent zu bleiben, welche in den tieferen Lagen des Kleinhirns, in den hinteren Lappen des Grosshirns, in den Ventrikeln, zumal den Seitenventrikeln, ihren Siz haben, sowie mässig grosse solitäre Geschwülste in der Corticalsubstanz und überhaupt in den oberflächlichen Schichten der Convexität der Hemisphären. — Die Latenz hängt nicht allein von der absoluten Grösse des Tumors ab, denn man hat solche von immensem Volumen symptomlos gefunden; sondern und noch mehr ist die Latenz des Tumors begründet durch die Langsamkeit seines Wachsthums, daher Fibroide und sarcomatöse Geschwülste im Allgemeinen eher latent zu sein pflegen, als Krebse. Auch kann der Zustand des übrigen Gehirns die Latenz begünstigen, indem einerseits ein atrophisches Gehirn weniger durch Neoplasmen afficirt wird, andererseits gleichzeitig bestehende sonstige Erkrankungen des Organs, z. B. Hydrops der Ventrikel, die Symptome des Tumors verdeken oder auch diese durch nachträglich entstehende Processe (Hämorrhagieen, Erweichungen) verwischt werden können.

2) Die Erscheinungen, welche die Hirntumoren darbieten, hängen zunächst ab:

von dem unmittelbaren Druk der Geschwulst auf Hirntheile und Nerven;

von der Zerstörung einzelner Hirntheile an der Stelle, wo sich der Tumor entwikelt;

von dem mediaten Druk auf nähere und entferntere Theile des Gehirns und auf einzelne Hirnnerven und von der Dislocation des Gehirns durch den Tumor;

von dem Gegendruk, welchen das ausweichende Gehirn an dem Knochengehäuse findet; —

Verhältnisse, welche nicht nur von der Grösse und dem Siz des Tumors abhängen, sondern auch von seiner Consistenz, dem Grad seiner Vascularisation und vorzüglich von der Raschheit seiner Entwiklung.

Weiter aber sind die Symptome modificirt:

theils durch die vor der Entwiklung des Tumors bestehende Beschaffenheit des Gehirns; so ist z. B. bei der Atrophie desselben im Allgemeinen der Einfluss der Hirntumoren vermindert, bei allen Ablagerungen innerhalb des Schädels dagegen gesteigert;

theils aber sind sie modificirt und verdekt durch hinzutretende zufällige oder consecutive und reactive complicirende Störungen im übrigen Gehirn: durch Hyperämieen, Extravasate, Entzündungen (sowohl der Hirnsubstanz, als der Häute), durch Erweichungen und am häufigsten durch Wassererguss in die Ventrikel.

Die Abhängigkeit der Symptome von mannigfaltigen Umständen und die Möglichkeit einer verschiedenen Gruppirung der die Symptome veranlassenden Verhältnisse lässt den von den Tumoren abhängigen Symptomencomplex für die oberflächliche Betrachtung ganz regellos und unentwirrbar [illegible] man das factische

Material roh und ohne Berüksichtigung der besonderen Verhältnisse, so kann man sehr wohl zu dem Resultate gelangen, dass mit jeder Art von Tumor und mit jeder Localisation desselben jede Art von Symptomengruppirung zusammenfallen könne und dass daher schlechthin in diesem Gebiete gar keine nähere Diagnose möglich sei. In der That sehen wir, dass in nicht wenigen Fällen Hirntheile, welche nur einem mediaten Druk ausgesezt sind, mehr Symptome geben, als solche, auf welchen der Tumor lagert, dass z. B. ein grosser Tumor, der an irgend einer Stelle in den tieferen Partieen des Schädels sizt, mehr Beeinträchtigung der Corticalsubstanz des Gehirns (der Intelligenz) hervorruft, als eine Geschwulst, welche von der Dura der Convexität ausgehend direct eine Stelle der Hirnrinde drükt und sie consumirt: denn im ersteren Falle ist die ganze Corticalsubstanz an das unnachgiebige Schädelgewölbe angepresst, im andern Falle nur eine kleine Stelle derselben beeinträchtigt, deren Functionen die entsprechende Stelle der andern Hemisphäre genügend supplirt. So sehen wir ferner, dass ein Tumor in dem Plexus choroideus eines Ventrikels entwikelt weniger die Seitenwandungen beeinträchtigt, als eine grosse Geschwulst, welche von der Peripherie ausgehend die Hirnmasse gegen den Ventrikel hin drükt. Daher ist das fremde, in der Art der näheren Umstände nicht durchschaubare Material über diese Krankheitsformen nur mit der grössten Umsicht und für einzelne Punkte zu benüzen, und zumal ein statistisches Vorgehen und ein Feststellen der Symptome nach der Häufigkeit ihres Vorkommens bei diesem oder jenem Siz des Tumors eine Unmöglichkeit und principiell eine Verirrung. Dass die Destruction oder Erdrükung einer Hirnstelle von gewissen Symptomen begleitet wird, kann nicht dadurch bewiesen werden, dass solche Symptome in der Mehrzahl der Fälle jener Störung vorhanden sind; sondern wenn sie von derselben abhängen sollen, so müssen sie in jedem entsprechenden Einzelfalle sich zeigen, und wo sie zu fehlen scheinen, zeigt sich sehr häufig bei der näheren Prüfung des Falles, dass die Verhältnisse ganz andere sind, als die grobe Betrachtung erwarten liess.

3) Die Tumoren bringen dadurch Störungen in den vom Gehirn abhängigen Functionen, demnach cerebrale Symptome hervor:

dass sie auf das Gesammthirn oder auf einzelne Theile desselben in der Art eines fremden Körpers eine reizende Wirkung ausüben, welche begründet ist entweder in mässigem Druke oder in der Erregung reactiver Processe;

oder dass sie durch intensiveren Druk und durch Zerstörung von Gewebstheilen eine Beschränkung und Aufhebung einzelner oder mehrfacher Functionen herbeiführen.

Beide Reihen von Symptomen zeigen der Entwiklungsweise der Tumoren gemäss ein wesentlich langsames progressives Zunehmen nach Intensität und Combination, welches jedoch bei der Möglichkeit rascherer Vergrösserung der Geschwulst und bei den mannigfaltigen consecutiven Störungen rasche und selbst plözliche Zufälle und paroxysmenartige Ausbrüche nicht ausschliesst.

Die Erscheinungen der Reizung haben mehr den transitorischen Character, treten in Anfällen auf, die kürzer oder länger dauern und weichen im weiteren Verlaufe mehr und mehr solchen des Torpors und der Paralyse. Auch die lezteren können, wenn sie von mässigem Druke abhängen, wieder verschwinden oder doch sich vermindern, wenn aber von intensivem oder von Zerstörung der Hirnsubstanz, so bleiben sie habituell.

Beide Symptomenarten, die der Reizung und die der Functionsschwächung, können in der verschiedensten Weise combinirt sein und geben in ihrer Vertheilung über die einzelnen vom Gehirn abhängigen oder von ihnen influencirbaren Functionen das hauptsächlichste Material für Bestimmung von Siz, Grösse, Beschaffenheit und sonstige Verhältnisse der Geschwulst. Jedes einzelne Symptom für sich und selbst in seinem Verlaufe genommen kann niemals einen Tumor bekunden, wohl aber die Symptome in ihrer Vereinigung und namentlich in ihrer successiven Vermehrung. Dabei sind die als Reizungserscheinungen anzusehenden Symptome zwar von der grössten Wichtigkeit für die Diagnose einer Hirnerkrankung überhaupt, ihrer Hartnäkigkeit, ihrer Intensität, lassen aber für sich allein niemals auf *einen Tumor* schliessen; in Verbindung mit paralytischen Symptomen sind sie da-

gegen wichtige Anhaltspunkte, um das Verhalten des Gehirns zu schäzen. — Die Erscheinungen der Abschwächung und Paralyse entscheiden vornehmlich über den Siz des Tumors; niemals aber rechtfertigt die Paralyse einer einzelnen Function die Annahme einer Geschwulst im Gehirn, obwohl zu gewissen Zeiten, im Anfange des Verlaufes ein dann noch nicht diagnosticirbarer Tumor zuweilen nur auf eine einzelne Function schwächend wirkt. Die Diagnose des Tumors wird erst dann möglich, wenn mehrere Functionen, die im Gehirn nachbarlich repräsentirt sind, gleichzeitig geschwächt und paralysirt erscheinen, und namentlich dann, wenn successiv die Paralyse auf solche Functionen sich ausbreitet, welche im Gehirn von benachbarten Fasern vertreten werden. Dabei erhöht es wesentlich die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer Geschwulst: wenn die Paralyse eines Theiles nicht plözlich und auf einmal sich ausbildet, sondern ganz allmälig aus einer zunehmenden Schwächung sich entwikelt, wenn neben vollkommen oder annähernd vollkommen paralysirten Theilen andere, deren Nervenfasern im Gehirn denen der ersteren benachbart liegen, geschwächt zu werden anfangen, und wenn über das Gebiet der Lähmung hinaus sich zeitweise oder dauernd Reizungssymptome zeigen. Durch dieses Verhalten unterscheidet sich der Tumor nicht bloss von der Apoplexie, deren paralytische Zufälle plözlich eintreten, sondern auch von der Erweichung, welche niemals eine solche allmälig progressive Ausbreitung von Lähmung, Schwäche und Reizung zeigt, von der Hirnsclerose, deren Wirkung auf einzelne Functionen beschränkt bleibt, von der chronischen Atrophie, welche, wenn sie auch progressiv ist, ohne Reizungsphänomene verläuft, endlich vom Abscess und vom Tuberkel, welche zwar intensive Reizungsphänomene hervorrufen können, die Functionen aber, welche sie paralysiren, rasch und fast plözlich vollkommen aufheben.

Immer ist jedoch festzuhalten, dass eine grosse Anzahl der Krankheitserscheinungen, ja selbst in manchen Fällen alle gar nicht zunächst von dem Tumor, sondern von accessorischen, bald von ihm veranlassten, bald ihn zufällig begleitenden Processen abhängen und dass daher der Tumor alle Phänomene der Abscedirung, der Meningealexsudation, der Apoplexie, der Atrophie, der Erweichung darbieten oder hinter ihnen verstekt sein kann.

4) In dem Symptomencomplex und in den succedirenden Erscheinungen, welche bei einem Hirntumor vorhanden sein können, lassen sich verschiedene Gruppen von Phänomenen unterscheiden, welche für die Beurtheilung eine wesentlich differente Bedeutung haben, auch zeitlich bis zu einem gewissen Grade den Perioden des Verlaufs characteristisch sind, ohne jedoch scharf trennbare Stadien darzustellen, vielmehr mannigfach sich in einander schieben. Diese Gruppen sind:

die allgemeinen und zugleich initialen Phänomene, welche bei Tumoren jeden Sizes und jeder Art in derselben Weise sich darbieten können, im Anfange oft und nicht selten geraume Zeit hindurch allein vorhanden sind, aber auch in vorgerükten Stadien mehr oder weniger fortdauern;

die von der Einwirkung des Tumor auf sein Lager und seine Nachbarschaft abhängigen, topisch characteristischen Zeichen, welche nur bei einem gewissen Grade der Volumsentwiklung sich kund geben;

die intercurrenten, von accessorischen Störungen abhängigen Krankheitserscheinungen;

die terminalen Erscheinungen, welche der Tumor, wenn er durch seine Entwiklung tödtlich wird, meist in ziemlich gleicher Weise zeigt, welches auch sein Siz und seine Art sein mag.

Nur durch Auseinanderhalten dieser verschiedenen Arten von Phänomenengruppen wird es möglich, in dem Labyrinthe der verwikelten Symptomatik der Tumoren sich zu orientiren und für die widersprechenden Beobachtungen den Schlüssel zu finden. Jede Verwendung eines nicht analysirten factischen Materials vermehrt nur die Verwirrung und Unsicherheit. Wir erfahren durch solche Analyse zwar nicht alle Einflüsse, welche die Symptomatik des einzelnen Falls modificiren, und es bleibt immer eine oft nicht kleine Zahl der Phänomene übrig, über deren Gegenwart in dem concreten Fall wir keine Rechenschaft zu geben vermögen. Dennoch aber

lassen wenigstens die wichtigsten Functionsstörungen in den meisten Fällen mittelst jener Analyse sich auf bestimmte Geseze zurückführen.

a) Die allgemeinen und initialen Phänomene sind theils Reizungssymptome, theils Zeichen einer mässigen Schwächung und Functionsabstumpfung. — Die hieher gehörigen Erscheinungen sind:

Kopfschmerz von der verschiedensten Intensität, das constanteste Symptom in der ersten Periode der Tumoren;

Schwindel;

subjective Sinnesempfindungen;

unbestimmte Empfindungen in den Gliedern und im Rumpfe;

psychische Gereiztheit und Abschwächung;

mässige, meist partielle Schwächung motorischer Apparate (Pupille, Bulbus, Antlizmuskel, Zunge, Extremitäten, Rectum, Genitalien);

epileptische und andere Krampfformen;

Erbrechen.

Diese Symptome sind in verschiedener Combination und in verschiedener Intensität die ersten Zeichen der Erkrankung an einem Tumor; sie bestehen oft Monate und Jahre lang isolirt und stellen dann ein sehr hartnäkiges Leiden dar, dessen wahre Natur oft verkannt wird. Kopfschmerz und Schwindel sind die am seltensten fehlenden; bei aufmerksamer Beobachtung aber findet man auch fast immer mehrere der übrigen, so geringfügig sie auch oft entwikelt sind. Sie dauern auch, nachdem die Erkrankung in spätere Stadien übergetreten ist, meistens fort, steigern sich selbst und können den Werth localer und characteristischer Zeichen bekommen. Andere Male verlieren sie sich aber in den späteren Stadien der Krankheit oder werden doch von schwereren Zufällen verdekt. Sie hängen wohl nur theilweise von der sich entwikelnden Geschwulst ab, andererseits und vornehmlich von der Beeinträchtigung des Gesammthirns durch die in der Schädelhöhle sich entwikelnde fremde Masse und können darum verschwinden, wenn das Gehirn sich gleichsam an die neuen Verhältnisse accommodirt und dabei der Tumor zu wachsen aufhört.

Kopfschmerz ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Hirntumoren vorhanden, mag die Geschwulst einen Siz haben, welchen sie will.

Alle Beobachter stimmen darin überein, dass der Kopfschmerz in der grossen Mehrzahl der Fälle von Hirntumoren als erstes und mehr oder weniger lange als einziges Symptom sich zeigt. Weit seltener tritt er erst nach dem Vorausgehen anderer Erscheinungen ein. Er ist dabei bald intermittirend (ohne Regelmässigkeit), bald remittirend, selten ganz continuirlich, bald topisch beschränkt, bald ausgebreitet. Sein Verhalten unterscheidet sich, soviel bekannt, nicht von dem habituellen Kopfschmerz, der durch andere Ursachen herbeigeführt wird, und namentlich ist die Beschränkung auf eine Stelle nicht den Tumoren ausschliesslich eigen, nicht einmal bei den Tumoren immer vorhanden, und wenn sie besteht, so zeigt sie nicht mit Sicherheit die Stelle des Tumors an. Ebensowenig lässt sich aus dem sonstigen Verhalten der Kopfschmerzen ein Schluss auf den Siz und die Art der Geschwulst machen. Nur Romberg gibt eine Erscheinung an, durch welche man den Kopfschmerz, welcher von einer Geschwulst an der Convexität abhänge, von jedem andern dadurch zu unterscheiden vermöge, dass eine starke Exspiration ihn vermehre, weil dadurch das grosse Gehirn gegen das Schädelgewölbe und das kleine gegen das Tentorium gedrängt werde. Die Vermuthung, dass Krebsgeschwülste einen vornehmlich lancinirenden Kopfschmerz hervorrufen (Rostan), hat sich nicht bewährt. — Nicht selten ändert der Kopfschmerz im Verlaufe der Krankheit seine Stelle, ist Anfangs mehr allgemein und fixirt sich später, oder ist zuerst fix und wird dann verbreitet. Er ist besonders häufig in der Stirngegend, seitlich oder im Hinterhaupte. Zufällige Umstände können ihn zurückführen, steigern. Er ist bald mässig, bald heftig und selbst unausstehlich und veranlasst den Kranken oft zum Winseln, Schreien und Brüllen. Er verbindet sich, wenn er sehr heftig ist, zuweilen mit Uebelkeit und Erbrechen. — Der Kopfschmerz kann immer als ein höchst wichtiges Beihilfszeichen zur Diagnose der Hirntumoren angesehen werden, und wo er fehlt, ist während des Lebens die Annahme einer Hirngeschwulst kaum zu rechtfertigen. Zu einer positiven Annahme berechtigt er jedoch erst dann, wenn sich andere Symptome entsprechender Art ihm zugesellen. — Wovon er zunächst

abhängt, lässt sich nicht entscheiden, und seine Gewöhnlichkeit bei allen Arten und Sizdifferenzen der Hirntumoren lässt vermuthen, dass ein allen gemeinschaftliches Verhältniss ihn bedinge. Dagegen ist allerdings nicht zu übersehen und einer näheren Untersuchung werth, dass dieses Symptom in einzelnen Fällen gefehlt hat: es scheint, dass diess meist solche sind, welche minder genau beobachtet wurden; häufig sind es Fälle gewesen, bei welchen die Tumoren ganz latent waren oder schienen, und wo man also keine Veranlassung hatte, näher über bezügliche subjective Symptome zu examiniren. In der That fehlt es an einem genügenden Material zur Entscheidung der Umstände, unter welchen der Kopfschmerz bei Hirntumoren ausbleiben kann.

Schwindel ist ein sehr häufiges und sehr frühzeitiges Symptom, welches bald anhaltend, bald in hartnäkiger Wiederkehr sich zeigt. Er tritt zuweilen nur in leichten Graden ein, zuweilen so heftig, dass er dem Schwindel der Narcotisation, des Rausches gleicht, zuweilen auch in einzelnen Anfällen mit unvollkommenem Verluste des Bewusstseins, ähnlich wie bei rudimentärer Epilepsie. — Mit dem Schwindel verbunden ist häufig ein schwankender Gang und eine Unfähigkeit gerade zu stehen, was sich vornehmlich dann steigert, wenn die Augen geschlossen sind.

Einfache subjective Sinnesempfindungen, wie Lichtscheu, Funkensehen, Doppeltsehen, Sehen eines Rauches, Ohrensausen sind sehr gemein, haben aber nichts bei Tumoren Characteristisches. — Complicirte Hallucinationen sind nur ausnahmsweise vorhanden. — Nicht selten bemerkt man eine geringe Abschwächung der Kopfsinnesorgane, welche in diesen mässigen Graden noch nicht zu einer [illegible]naueren Diagnose, vornehmlich des Sizes, benuzt werden kann. — Ungleich[illegible] der Pupillen ist ein nicht seltenes Symptom schon in früher Periode, kann [illegible] ebensowenig zu einem näheren Schlusse verwendet werden. Ebenso verhält es [illegible] mit vorübergehendem Schielen.

Psychische Gereiztheit oder eine melancholische Stimmung, auch wohl eine Neigung zu unmotivirten Affecten, oder aber auch eine apathische Versunkenheit zeigt sich ebenfalls in vielen Fällen des ersten Verlaufes, ohne jedoch so gewöhnlich zu sein, wie die übrigen Symptome.

Eine Abschwächung des Gedächtnisses wird bei genauerer Prüfung sehr häufig bemerkt und stellt sich zuweilen schon in früherer Zeit als auffallende Zerstreutheit und Unbesinnlichkeit dar. — Auch bemerkt man hin und wieder eine Langsamkeit und Incohärenz des Gedankenflusses.

Anomalieen in der Geschlechtsfunctionirung bei Männern: entweder übermässige Geilheit, Neigung zur Onanie, oder Frigidität finden sich nicht selten in den ersten Stadien der Tumorentwiklung und scheinen, wenn nicht immer, doch häufig bei Geschwülsten, die in dem Kleinhirn oder seiner Nähe sich bilden, vorhanden zu sein.

Eine geringe Abweichung der Zunge, eine schwierige Beweglichkeit derselben und daher ein Stoken im Sprechen lässt sich oft wahrnehmen, mag die Geschwulst einen Siz haben, welchen sie will.

Empfindungen in den Extremitäten, seltener Schmerzen als die Gefühle von Pelzigsein, Ameisenlaufen, ferner eine mässige Schwächung bald der Empfindung, bald der Bewegung, meist beider zumal, bald auf einer, bald auf beiden Seiten sind gleichfalls häufig, ohne nähere Andeutungen zu liefern. — Nur ausnahmsweise kommen einzelne Contracturen vor, aus welchen gleichfalls nichts weiter zu erschliessen ist; häufiger finden sich epileptische Anfälle.

Endlich kann zu den Initialsymptomen auch das Erbrechen gerechnet werden; obwohl es meist in der frühesten Periode fehlt.

Alle diese Phänomene in mehr oder weniger reichlicher Combination berechtigen nur zu der Vermuthung, dass eine reizende und drükende fremde Substanz im Gehirn sich entwikelt. Diese Annahme wird um so wahrscheinlicher, je zahlreicher jene sind, je mehr sie sich combiniren, je hartnäkiger sie bestehen oder je mehr sie nach kurzem Verschwinden wieder zurükkehren. — Doch ist nicht zu verkennen, dass diese Erscheinungen auch ohne Tumor sich in ähnlichen Combinationen darstellen können. Keinenfalls kann in frühen Stadien der Schluss auf einen Tumor als begründet angesehen werden, wenn nicht wenigstens einerseits hartnäkiger Kopfschmerz, andererseits Andeutungen von Hemmungs- und Schwächungssymptomen vorhanden sind.

Diese Phänomene, welche den Anfang der in die Erscheinung tretenden Erkrankung in mehr oder weniger reichlichem Complexe bilden, pflegen über alle Perioden der Krankheit fortzudauern, sofern sie nicht durch andere schwere Erscheinungen (Sopor, Lähmungen) verdekt werden. Ihr Bestand ist jedoch nicht immer ein ununterbrochener, sondern häufig (zumal solange sie noch isolirt vorhanden sind)

machen sie Remissionen und Intermissionen und verschwinden sogar auf Monate, um sofort spontan oder durch irgend eine Veranlassung sich aufs Neue und mit noch grösserer Heftigkeit einzustellen.

b) Andere Erscheinungen können als mehr oder weniger entscheidende Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Hirntumoren und für ihren Siz angesehen werden. Dieselben stellen sich nur ausnahmsweise in einer früheren Periode der Krankheit her, entwikeln sich allmälig von leichten Andeutungen zu vollkommener Ausbildung, sind habituell oder werden es wenigstens bald im Verlaufe der Krankheit, vervielfältigen sich meistens in dem Grade, als die Geschwulst an Grösse zunimmt. Manche dieser Erscheinungen kommen zwar auch als initiale und accessorische Symptome vor, aber dann bald nur in vorübergehender, bald in unbestimmter Weise. Sie erhalten ihren entscheidenden Werth erst, wenn sie permanent und scharf localisirt sind.

Diese wesentlichen Symptome der Hirntumoren sind fast durchaus Symptome der Schwächung oder Lähmung, und selbst wo sie den Character der Reizung haben, ist die scheinbar exaltirte Function stets mit einer Abschwächung verbunden, oder es leitet die Irritation die Paralyse ein und erhält gerade durch diesen Uebergang einen reellen Werth für die Diagnose. Diese Symptome werden hervorgebracht:

entweder durch die Consumtion, Zerstörung, den Schwund derjenigen Hirnpartieen, an deren Stelle der Tumor tritt. In diesem Falle sind stets Erscheinungen vollkommener Paralyse vorhanden; scheinbar unvollständig kann die Paralyse sein, wenn von den Nerven eines Theiles nur eine Portion im Hirn zerstört ist, während die andere sich noch in Integrität befindet und so die partielle Paralysirung den Schein einer unvollkommenen hervorbringt, was um so eher stattfinden kann, wenn ein Theil von verschiedenen Nervenstämmen versorgt wird oder wenn die Fasern eines Nervenstammes einen auseinandergelegenen Verlauf haben.

Oder durch immediaten Druk, in welchem Falle der Theil, dessen Nervenfasern im Gehirn den Druk erleiden, meist wenigstens annähernd vollkommen paralysirt erscheint, wenn nicht ähnliche Verhältnisse der partiellen Beeinträchtigung obwalten, wie solche auch bei der Zerstörung vorkommen.

Oder endlich durch mediaten Druk, indem die beeinträchtigte Nervenstelle nicht von der Geschwulst erreicht wird, sondern der Druk durch eine Zwischenlage von Hirnmasse, Häuten geschwächt ist. In diesen Fällen ist die Lähmung nicht leicht vollständig, sondern es ist nur ein mehr oder weniger hoher Grad von Schwächung der Functionen vorhanden, welche nicht selten mit Reizungssymptomen complicirt ist.

Die topisch characteristischen Zeichen sind:

Störungen der psychischen Functionen, vornehmlich in der Form der Abschwächung,

Verminderung und Aufhebung der Sinnesempfindlichkeit, am häufigsten des Seh- und Hörvermögens,

Unempfindlichkeit im Gebiet des Trigeminus und zuweilen an der Haut des Rumpfes und der Glieder,

Hemiplegieen und Paraplegieen an den Gesichtsmuskeln, an der Zunge und an den Extremitätenmuskeln.

Die Erscheinungen des Drukes und der Zerstörung sind um so schärfer localisirt und die Lähmung ist um so vollkommener. wenn die Geschwulst nicht innerhalb des Gehirns die dort repräsentirten Fasern eines Theiles trifft, sondern wenn sie, und zwar immediat, auf den Verlauf der Nerven nach deren Austritt aus dem Gehirn, aber noch innerhalb der Schädelhöhle drükt, weil gerade in diesen Fällen am ehesten die Gesammtheit der Fasern erreicht wird, während bei dem Verlaufe innerhalb des Gehirns es leicht geschehen kann, dass einzelne Fasern dem Druk entgehen. Geschieht der Druk einer Geschwulst auf die Fasern in ihrem Verlaufe im Gehirn, so ist zumal bei den motorischen die Wirkung eine gekreuzte. Trifft die Geschwulst den Nerven nach seinem Ursprung aus dem Gehirn, in seinem intracephalen Verlaufe, so entspricht die Lähmung der Seite der Geschwulst. Eine Geschwulst kann daher sowohl auf der entsprechenden als auf der entgegengesezten Seite Lähmungserscheinungen hervorrufen, indem sie einerseits Stämme der Nerven, andererseits im Gehirn verlaufende Fasern erreicht, oder sie kann nur auf die eine oder nur auf die andere Weise wirken. Dieses Verhalten ist wesentlich fördernd für das Urtheil über den Siz der Geschwulst. Namentlich bringen die Geschwülste der Convexität und der inneren Hirntheile fast durchaus nur entgegengesezte Lähmungen hervor; sobald jedoch dieselben so wachsen, dass sie die Basis erreichen, so kann auch auf der Seite der Geschwulst Lähmung sich zeigen. Geschwülste an der Basis bringen zunächst Lähmungen auf der entsprechenden Seite hervor; aber insofern sie einen, wenn auch mediaten Druk auf die übrigen Hirntheile ausüben, gesellen sich Schwächesymptome auf der andern Seite hinzu. Immer ist die Aneinanderreihung und die allmälige Ausbreitung verschiedenartiger Lähmungen, das Zusammenbestehen von completen, also von Zerstörung und immediatem Druk abhängigen, und von incompleten, somit von mediatem Druk abhängigen das entscheidendste Moment für die Localdiagnose.

Die psychischen Functionen zeigen im Allgemeinen selten die überwiegende Störung, während mässige Anomalieen (Gedächtnissschwäche, Schwermuth, leichte Ideenverwirrung) sehr gewöhnlich sind, auch heftigere Ausbrüche (Manie) oder blödsinnige Versunkenheit ziemlich oft vorkommen. Es lässt sich aus der Art der psychischen Störung nicht entnehmen, ob sie von immediatem oder mediatem Druk des Tumors auf die Hirnrinde abhänge oder nur in consecutiven Störungen (Meningiten; Erweichungen etc.) begründet sei. Wenn in der Convexität des Gehirns ein isolirter Tumor sich befindet, so ist er bei seiner langsamen Entwiklung gewöhnlich nicht im Stande, eine dauernde Verwirrung hervorzubringen, da meist die übrige Hirnrinde und namentlich die der andern Hemisphäre für die Fortdauer der Functionirung genügt, wenn nicht diese durch eine rasche Umgestaltung der Verhältnisse, also durch rasche Entwiklung der fremden Masse in Unordnung kommt. Eher kommen Störungen der psychischen Functionen bei grossen Tumoren in der Tiefe des Gehirns vor, welche die gesammte Hirnrinde an das Schädelgewölbe anpressen, und zwar zeigen sich dann die Erscheinungen der Stumpfheit und des annähernden Blödsinns. Noch entschiedener sind die Erscheinungen von Seite der Intelligenz, wenn multiple Geschwülste in der Hirnrinde sich entwikeln, in welchem Falle diese auf zahlreichen Punkten verlezt für ihre Functionirung nicht mehr genügt: Verwirrung, Verrüktheit und Blödsinn mit intercurrenten Aufregungen sind die Folge davon.

Die Sinnesempfindlichkeit zeigt in sehr vielen Fällen Störungen und namentlich eine vollkommene oder unvollkommene Paralyse, welche, wenn sie erheblich ist, meist eine Zerstörung der betreffenden Fasern, einen immediaten oder einen sehr beträchtlichen mittelbaren Druk anzeigt.

Am häufigsten und zwar in der Mehrzahl der Fälle zeigt sich eine Abschwächung oder gänzliche Lähmung der Sehfunction, welche allmälig sich entwikelnd und meist einseitig beginnend sofort beide Augen befällt, selten jedoch ganz gleichmässig auf beiden fortschreitet. Im Anfang ist mit der Abschwächung des Sehorgans zuweilen noch eine Gereiztheit desselben verbunden: Doppeltsehen, subjective Lichtempfindungen, Empfindlichkeit gegen das Licht. Oft zeigt die Abschwächung Schwankungen; selten dagegen ist sie periodisch, und gleichfalls sehr selten tritt sie plözlich auf. Die Abschwächung und endliche Paralyse des Sehorgans findet sich:

bei Tumoren, welche in der Basis, zumal deren vorderer Hälfte oder auf den Corpora quadrigemina sizen, fast constant;

sehr häufig bei Tumoren, welche in den Wandungen der Seitenventrikel, im Kleinhirn ihren Siz haben;

bei Tumoren von bedeutender Grösse, mag ihr Siz sein, welcher er will;
bei Tumoren jeglichen Sizes mit consecutivem copiösem Hydrocephalus und Erweichung der Ventrikelwandungen;
bei Tumoren jeglichen Sizes mit consecutiver Basilarmeningitis höheren Grades.

Die Blindheit beginnt bald auf der der Geschwulst entsprechenden, bald auf der ihr entgegengesezten Seite, und es lassen sich hierüber aus den Thatsachen keine festen Regeln entnehmen.

Das Gehörorgan ist seltener, afficirt und zwar meist nur in Verbindung mit Paralysen anderer Sinnesorgane. Gewöhnlich ist die Taubheit eine Zeitlang nur auf einem Ohr vorhanden und zwar auf der der Geschwulst correspondirenden Seite. Sie findet sich bei Geschwülsten an der Basis und in deren Nähe, sowohl des Grosshirns als des Kleinhirns; überdem kann sie bei voluminösen Geschwülsten jeglichen Sizes vorkommen. — Im weiteren Verlaufe kann bei grossen Geschwülsten auch Schwerhörigkeit auf der andern Seite entstehen, die jedoch nur ausnahmsweise der vollständigen Taubheit sich nähert.

Der Geruchsinn fehlt zuweilen, hauptsächlich bei Tumoren der vorderen Lappen; doch ist der Verlust dieser Function bei gleichzeitiger Abstumpfung der Intelligenz leicht täuschend.

Der Geschmak gibt keine entscheidenden Symptome.

Unempfindlichkeit im Gebiete des Trigeminus der einen Seite, häufig eingeleitet durch Neuralgieen, findet sich:
bei Geschwülsten in der Basis auf der entsprechenden Seite,
bei Geschwülsten, welche die Seitenventrikelwandungen beeinträchtigen, auf der entgegengesezten Seite.
bei voluminösen Geschwülsten jeglichen Sizes ebenfalls auf der entgegengesezten Seite.

Erweiterungen der Pupillen kommen bald auf der entsprechenden, bald auf der entgegengesezten Seite vor und sind nur dann von Wichtigkeit, wenn sie bedeutend und bleibend sind.

Abweichungen des Bulbus, Schielen sind eine häufige Erscheinung bei Geschwülsten der Basis und bei voluminösen Tumoren jeglichen Sizes; Ptosis eines Auglids findet sich nur bei immediatem Druk einer Basilargeschwulst auf den Oculomotorius.

Lähmungen im Gebiete des Facialis kommen bei Basilargeschwülsten auf der entsprechenden Seite und zwar oft in completer Weise vor, bei Geschwülsten im Gehirn auf der entgegengesezten Seite und meist nur unvollkommen.

Lähmungen der Zunge können bei Geschwülsten jeglichen Sizes vorkommen, sobald diese ein irgend erhebliches Volumen zeigen. Niemals sind diese Lähmungen vollkommen. Stets weicht die Spize der vorgestrekten Zunge gegen die Geschwulstseite hin. Oft wird die Zungenlähmung so erheblich, dass die Sprache lallend und unmöglich wird.

Die Uvula verhält sich wie die Zunge. Bei grossen Geschwülsten jeglichen Sizes kann das ganze Gaumensegel gelähmt sein und durch sein Herabhängen die Respiration schnarchend machen.

Verminderung der Sensibilität und Motilität der Rumpfglieder ist meist nur auf einer Seite vorhanden. Die motorischen Lähmungen und die Anästhesieen stellen sich gewöhnlich langsam, aber gleichzeitig ein, wachsen unter Schwankungen allmälig oder vervollständigen sich nicht selten schlagartig. Sie zeigen einen Tumor der entgegengesezten Seite an, so dass, wenn Lähmungen der Glieder und des Gesichts sich kreuzen, entweder eine Basilargeschwulst oder mehrfache Geschwülste anzunehmen sind. — Paraplegieen kommen vornehmlich bei Affectionen des Mittelhirns, namentlich des Pons, oder bei multiplen Geschwülsten vor.

c) Eine dritte Reihe von Erscheinungen sind Symptome accessorischer Zustände. Sie können bei allen Formen und bei jeglichem Size des Tumors eintreten, haben aber mehr eine zufällige Bedeutung und den Character zwischenlaufender und complicirender Störungen. Sie können bedingt werden:
durch die Geschwulst selbst, und zwar
durch Blutüberfüllung ihrer Gefässe, oder
durch Dislocation des Tumors;
durch Verhältnisse im übrigen Gehirn, und zwar

durch momentane Reizung,

durch permanente oder doch temporär anhaltende Reaction um den Tumor,

durch Complicationen jeglicher Art.

Diese Erscheinungen zeigen sich selten schon in den früheren Stadien, obwohl sie ausnahmsweise längere Zeit hindurch den Initialphänomenen beigemischt sind und sogar die Symptome mit einem dieser Phänomene beginnen können. Sie fehlen dagegen selten in derjenigen Zeit des Verlaufs gänzlich, in welcher ausgesprochene und habituelle Localsymptome des Tumors vorhanden sind.

Die accessorischen Erscheinungen sind bald transitorisch und intercurrent, bald mehr oder weniger stationär. Sie bestehen je nach ihrem Ursprung theils in paroxysmenartig auftretenden Symptomen von Hirnreizung, theils in plözlicher Suspension der Hirnfunctionen, theils endlich in Complexen, welche neuen und weiteren anatomischen Störungen im Gehirn angehören. Im Speciellen sind es:

Hallucinationen complicirter Art, welche bei Tumoren jeden Sizes vorkommen können;

maniacalische Paroxysmen;

Convulsionen verschiedener Art, sehr häufig von dem Character epileptischer Anfälle, welche durchaus nicht einem bestimmten Size des Tumors entsprechen, sondern als accidentelle Erscheinung, wahrscheinlich durch eine zufällige Reizung anderer Theile des Gehirns, die freilich durch die Belastung mit dem Tumor veranlasst wird, angesehen werden müssen;

zeitweise Schlafsucht, welche oft mehrere Tage anhält und dann sich wieder verliert;

sehr häufig Unmachten, welche, wie es scheint, vornehmlich bei reichlich vascularisirten Geschwülsten vorkommen und daher in einem vorübergehenden stärkeren Druk durch Hyperämie der Geschwulst bedingt sein können;

endlich Zufälle von Apoplexie, Meningitis und von andern im Verlaufe des Tumors sich entwikelnden Störungen.

Diese intercurrenten Zufälle sind häufig diejenigen, auf welche bei oberflächlicher Beobachtung das meiste Gewicht gelegt wird und welche, indem man ihre accessorische Natur verkannte, sehr viel dazu beitrugen, die Diagnose der Geschwülste zu erschweren und die Meinung hervorzurufen, dass dieselbe eine Unmöglichkeit sei. Es kann ihr wiederholter Eintritt allerdings bei sonst vorhandenen Indicien einer Geschwulst im Gehirn die Diagnose bestärken, indem sie im Allgemeinen anzeigen, dass im Gehirn eine fortdauernde Ursache der Reizung besteht, sie können selbst in geringem Grade zu der Diagnose des Sizes der Geschwulst beitragen, wenn immer dieselbe Art dieser accessorischen Erscheinungen sich wiederholt; aber sie zeigen dann nicht an, dass die Geschwulst an dem Theile des Gehirns sizt, von dem jene Phänomene abhängen, sondern nur dass sie in dessen Nähe sizt; denn das Lager der Geschwulst selbst pflegt nicht mehr die Erscheinungen der Reizung, sondern die der Lähmung zu zeigen. So ist bei Hallucinationen und maniacalischen Zufällen nicht der Schluss erlaubt, dass die Geschwulst in der Convexität des Gehirns ihren Siz habe, sondern nur dass sie diese in mediater Weise beeinträchtige; und Convulsionen sind kein Zeichen, dass ein Tumor in der Basis des Gehirns lagere, sondern nur dass diese durch die Geschwulst Noth leide. Wenn nun aber z. B. Reizphänomene, welche von der Convexität abhängen, in grosser Hartnäckigkeit und Gleichmässigkeit isolirt sich wiederholen, so kann allerdings vermuthet werden, dass die Geschwulst so gelagert sei, dass ihr Einfluss die Convexität vorzugsweise benachtheilige, und ebenso bei Reizphänomenen, welche von der Basis

abhängen. Die Unmachten aber sind ein Symptom, welches eine plözliche Beeinträchtigung des Gesammtgehirns anzeigt, wie sie bei Geschwülsten fast nur dadurch bewerkstelligt werden können, dass solche rasch und vorübergehend eine Volumsvergrösserung erlangen, dass also namentlich plözlich die Gefässe des Tumors mit Blut überhäuft sind. Möglich ist es jedoch, dass auch durch plözliche Lageveränderungen des Tumors ein derartiger Einfluss auf das Gesammthirn ausgeübt wird, und die oft zu machende Beobachtung, dass Menschen mit Hirntumoren bei jeder raschen und unerwarteten Bewegung in Unmacht verfallen, könnte auf diese Weise gedeutet werden. — Während die Unmacht von einer raschen und plözlichen Ueberfüllung der Tumorengefässe abzuhängen scheint, kann die vorübergehende Schlafsucht von einer mehr anhaltenden Hyperämie des Tumors bedingt werden, aber auch freilich von manchen Veränderungen im Gehirn selbst (Hyperämie, Anämie), welche bei der Beschränkung des Raums durch den Tumor noch erheblichere Folgen haben müssen, als in einem normalen Organ.

d) Eine wenn nicht constante, doch allen Formen und Lagerungen der Geschwülste gemeinschaftlich zukommende Reihe von Phänomenen sind die Terminalerscheinungen, welche von der allgemein und übermässig werdenden Drukwirkung der Geschwulst auf das Gesammthirn, von der Veränderung seines Blutgehalts, der Beeinträchtigung seiner Ernährung abhängen, zuweilen bei rasch wachsenden Geschwülsten schon ziemlich frühzeitig sich zeigen, sogar an die Initialsymptome sich anschliessen, die wesentlichen Erscheinungen der Geschwulst verdeken und dadurch die genauere Diagnose erschweren oder unmöglich machen, in andern Fällen, bei langsamer Ausbildung des Tumors, dagegen erst nach Jahren eintreten und im Allgemeinen dem Tode Wochen oder wenige Monate lang vorangehen, ausser wenn derselbe plözlich und unerwartet, oder auch durch eine zufällige sonstige Erkrankung erfolgt, in welch lezteren Fällen die Terminalphänomene ausbleiben können. — Sie sind:

anhaltende Schlafsucht und Coma verschiedenen Grades bis zur tiefsten Lethargie; Abstumpfung der Intelligenz bis zum Blödsinn;

Abnahme der Empfindungen in den höheren Sinnesorganen wie über den ganzen Körper, bis zur vollständigen Empfindungslosigkeit, ohne auffallende Unterschiede in den einzelnen Theilen;

Eintreten von reflectirten, automatischen und Mitbewegungen (Zähneknirschen, Aufziehen der Stirne, Lippenbewegungen, Flokenlesen etc.);

allgemeine Abschwächung in den motorischen Functionen bis zur annähernden Paralyse, ohne auffallendes Ueberwiegen der Muskelschwäche in einzelnen Partieen;

Erlahmung und Incohärenz aller cerebralen Functionen;

Abmagerung und allgemeiner Torpor.

Die Terminalerscheinungen der Tumoren können sich zu jeder Zeit der Dauer der Krankheit einstellen und schliessen sich zuweilen an die initialen Symptome an, ehe noch topisch characteristische Zeichen aufgetreten sind. Sie entwikeln sich zuweilen in allmälig zunehmender Weise, indem z. B. der Kopfschmerz eine Abstumpfung hinterlässt, welche sich nach wiederholten Anfällen immer mehr dem Blödsinn nähert, indem ferner die epileptischen Anfälle von einer Ermattung gefolgt sind, welche sich mehr und mehr als allgemeine Paralyse characterisirt u. dergl. mehr. In andern Fällen dagegen stellen sie in gewisser Art eine für sich bestehende Epoche in der Krankheit dar, indem auf einmal mit oder ohne besondere Veranlassungen der ganze Complex der Erscheinungen sich ändert und zumeist unter rasch fortschreitender Abmagerung und bei tiefem Coma ein Zustand acuter oder subacuter Cerebralparalyse sich herstellt. In diesen Fällen dauert die Terminalperiode oft nur wenige Tage oder selbst nur Stunden lang, während bei der allmäligen Entstehung der totalen Paralyse der Kranke noch Wochen lang und selbst Monate lang in einem dem Tode nahen Zustande verharren kann.

Die Section zeigt häufig eine Anzahl von Veränderungen, welche die Terminalerscheinungen genügend erklären, wie den Schwund des Gehirns, die Apoplexieen, Oedeme und Erweichungen, die serösen, eiterigen und plastischen Meningeal- und Ventricularexsudationen. Doch kommen nicht selten Fälle vor, bei welchen die vorgefundenen Veränderungen in keinem Verhältniss zu den schliesslich eingetretenen Symptomen zu stehen scheinen, und wo selbst bei mässig grossen Geschwülsten die Annahme eines immensen Druks auf das Gesammthirn nicht wohl zulässig ist. Man muss daher annehmen, dass die verschiedenen Gehirne gegen Druk in verschiedenem Grade empfindlich sind.

5) Der Einfluss der Hirntumoren auf den Gesammtorganismus, soweit dessen Theile nicht in directer Abhängigkeit vom Gehirn sind, ist im Allgemeinen gering. Sehr häufig beobachtet man bei Individuen mit Hirntumoren gar keine Störungen der vom Gehirn unabhängigen Functionen. Bei Andern sind einzelne Abweichungen von dem normalen Verhalten zu bemerken, namentlich ist zuweilen ein allgemeiner Torpor in allen Functionen vorhanden: nicht nur sind die Bewegungen langsam und träge, die Contractionen des Herzens an Häufigkeit vermindert, die Respirationszüge seltener, sondern auch die Secretionen zögernd und unvollständig, der Harn häufig bleich und mit Phosphaten überladen, die Ausleerung desselben und die der Fäces in Unordnung; es ist ferner bei manchen dieser Kranken eine auffallende Gefrässigkeit und trozdem ohne sonstige Ursachen ein fortschreitendes Abmagern vorhanden; die Haut erscheint häufig spröd und unthätig, lentescirende Ausschläge und Verschwärungen bilden sich auf ihr; eine Neigung zu Oedemen ist oft zu bemerken; die Schleimhäute werden häufig Siz von chronischen Catarrhen und Blennorrhoeen. Im weiteren Verlaufe stellen sich nicht selten höhere Grade von Anämie und Marasmus ein, welche bei carcinomatösen Geschwülsten mit dem eigenthümlichen Hautcolorit Krebskranker verbunden sind. Die Temperatur des Körpers erhält sich in der Norm oder übersteigt diese nur sehr unbedeutend. — Alle diese Veränderungen stellen sich jedoch in vielen Fällen erst sehr spät her.

Gegen das Ende der Krankheit bemerkt man, jedoch meist erst wenige Tage vor dem Tode, eine schnelle Steigerung des Pulses, der Respiration und eine jedoch nur mässige Zunahme der Eigenwärme; und damit ist, wenn eine solche Theilnahme des Gesammtorganismus sich über mehrere Tage hinzieht, ein erheblicher Collaps und eine rasch fortschreitende Abmagerung verbunden.

C. Verlauf, Dauer und Ausgänge.

Der Verlauf der Hirngeschwülste ist stets ein mehr oder weniger chronischer und kann sich nicht bloss bei den Sarcomen, sondern selbst bei den Krebsen über viele Jahre hinziehen. Er macht in der ersten Zeit oft Schwankungen und Intermissionen, wird später continuirlich, wenn auch von einzelnen Paroxysmen unterbrochen.

Eine Rükbildung der Tumoren kann, solange diese nicht eine bedeutendere Grösse erreicht haben, nicht als unmöglich angesehen werden. In manchen Fällen ermässigen und verlieren sich wenigstens Symptome, welche mit grösster Wahrscheinlichkeit einem Tumor angehörten, mehr oder weniger vollständig.

In der unendlichen Mehrzahl derjenigen Fälle jedoch, in welchen die

Diagnose des Tumors durch entscheidende Symptome gerechtfertigt ist, erfolgt ohne Wiederabnahme der Erscheinungen, ja selbst unter fortdauernder Steigerung und Ausbreitung der Paralysen und der übrigen Symptome der Tod. Derselbe tritt ein:

oft unerwartet und plözlich, besonders in solchen Fällen, bei welchen sich im Verlaufe zuweilen Unmachten eingestellt haben;

zuweilen durch die Folgen einer intercurrenten Apoplexie;

zuweilen durch eine acutere und von Collaps gefolgte Aufregung, welche in ihren Symptomen der Meningitis ähnlich ist;

meist in einer langen, ein Wochen lang dauerndes Absterben darstellenden Agonie.

Die Dauer ist bei nicht krebsigen Geschwülsten im Durchschnitt länger als bei carcinomatösen und beträgt gewöhnlich 1—4 Jahre, bei den lezteren dagegen meist nur 3—6 Monate. Doch finden sich auch bei diesen lang protrahirte Fälle. Lebert führt einen von 4 Jahren und einen von 5 Jahren an, und bei einem Fall von Andral (Clinique méd. V. 642) erfolgte der Tod erst 15 Jahre nach Beginn der ersten Symptome.

Ein Tumor im Gehirne ist zu vermuthen: wenn spontan oder noch mehr nach einer vorangehenden Erschütterung des Kopfes (mit oder ohne Verlezung der äusseren Weichtheile) ein allmälig an Intensität und Hartnäkigkeit zunehmender Kopfschmerz mit Schwindel sich einstellt und hiezu in weiterem, Monate und Jahre sich hinschleppendem Verlauf und in successiver Vermehrung mässige psychische Alterationen in der Art der Gedrüktheit und des Torpors, Schwäche und Paralysen in einzelnen oder mehreren Sinnesorganen (um so mehr, je schärfer deren Begrenzung ist) und in den motorischen Apparaten (zumal bei Beschränkung auf eine Körperhälfte und bei langsamer Zunahme der Schwäche) sich hinzugesellen, mögen dazwischen convulsivische und maniacalische Paroxysmen fallen oder nicht, endlich der Tod plözlich und unerwartet oder nach einem Tage langen, höchstens wenige Wochen langen Coma eintritt. — Unter Umständen kann jedoch bei derartigen Erscheinungen und Verlaufsweisen ein Abscess, ein Tuberkel des Gehirns, ein wirklicher Parasit vorhanden sein, Erkrankungsformen, welche nur durch Inbetrachtziehung sämmtlicher Verhältnisse des Falls zuweilen mit Sicherheit ausgeschlossen werden können.

Die Symptomencomplexe der Hirntumoren können sich aber dabei von Anfang oder im Verlauf in höchst mannigfaltiger Weise darstellen. Doch lassen sich bis zu einem gewissen Grade folgende fixirtere Formen der Krankheitsäusserung unterscheiden, nach welchen im Groben die Diagnose sich richten kann.

1) Lang anhaltender oder hartnäkig wiederkehrender Kopfschmerz ohne irgend ein anderes Symptom oder doch mit geringen sonstigen Erscheinungen (Schwindel, leichte Gedächtnissschwäche, mässige psychische Gedrüktheit), vor dem Tode allmälig zunehmendes Coma oder Erschöpfung: Geschwulst an einer insignificanten Stelle (Masse des Grosshirns, Hinterlappen, Vorderlappen, selbst an der Convexität, wenn die Geschwulst nicht sehr gross ist, in den oberen oder mittleren Theilen des Kleinhirns), oder langsam wachsende Geschwulst in den Ventrikeln oder überhaupt sehr kleine Geschwulst mit beliebigem Siz.

2) Kopfschmerz mit frühzeitigen paralytischen Affectionen der höheren Sinne: Tumor an der Basis des Gehirns, zumal an deren vorderer Hälfte.

3) Kopfschmerz mit frühzeitigen Neuralgieen des Quintus und nachfolgender Anästhesie, oder mit completer Hemiplegie des Facialis, gewöhnlich gleichzeitig mit einseitiger Taubheit, oft mit completer Blindheit und mit unvollkommenen Lähmungen auf der entgegengesezten Körperhälfte, im weiteren Verlauf Beeinträchtigung der Intelligenz und überhaupt sehr zahlreiche Symptome: Geschwulst an dem hinteren Theile der Basis auf der der Quintus- und Facialisaffection correspondirenden Seite.

4) Kopfschmerz mit frühzeitiger Verwirrung der Intelligenz, Abstumpfung des Gedächtnisses, Schwierigkeit der Sprache, häufig mit epileptischen Anfällen und bald hervortretendem progressivem Blödsinn: mehrfache Geschwülste der Convexität, oder solitäre Geschwülste daselbst, die ihrer Grösse oder der umfänglichen Reaction wegen in grosser Ausdehnung die Convexität beeinträchtigen, oder endlich volum-

inöse Geschwülste an insignificanten Stellen, welche einen bedeutenden mediaten Druk auf das ganze Gehirn ausüben.

5) Kopfschmerz mit unvollkommener, allmälig sich ausbildender Hemiplegie der Extremitäten oder des Antlizes: meist Tumor in der Grosshirnhemisphäre der andern Seite.

6) Kopfschmerz mit allmälig sich ausbildender Paraplegie: mehrfache Geschwülste oder Tumor im Pons.

7) Frühzeitige und auffallende Affection der Genitalien bei Männern (Geilheit, Impotenz) neben Kopfschmerz und weiteren Erscheinungen lässt eine Betheiligung des Kleinhirns vermuthen.

Eine Anzahl von Fällen zeigt nichts als unvollkommene und keine zuverlässige Deutung zulassende Erscheinungen, wie epileptische Krämpfe, Unmachten, zeitweise geringe apoplectische Anfälle: sie lassen darum keine bestimmtere Diagnose zu. Ebensowenig ändert das Hinzutreten dieser Symptome, sowie das Vorhandensein des Erbrechens, des terminalen Coma etwas in der Diagnose des Tumorensizes.

Da jedoch jeder Tumor eine eigenthümliche und von allen andern verschiedene Lagerung hat und ebenso sich die consecutiven Processe in jedem Falle besonders gestalten, so kann jeder einzelne Tumor nicht mit andern absolut übereinstimmen, muss jeder concrete Fall seine individuellen Verhältnisse haben. Man darf sich nicht der Illusion hingeben, dass die Symptomenbilder für die verschiedenen Lagerungen der Tumoren in den einzelnen Fällen sich schlagend wiederholen müssten. Noch mehr: Tumoren, welche an derselben Stelle beginnen, zeigen bei ihrem Wachsthum verschiedene Modificationen in der Richtung, und eine Aehnlichkeit zwischen zwei Fällen, die eine Zeitlang bestand, kann im weiteren Verlaufe sich vollständig verlieren. Ebendarum ist es irrig, wenn man, ohne das Detail des Falles zu überlegen, ihn in seiner Gesammtheit als Material benüzen will, um Regeln für die Diagnose aufzustellen. Es müssen vielmehr bei der Beurtheilung der Einzelfälle die Symptome streng analysirt werden, es müssen die Initialphänomene, die Terminalerscheinungen, welche bei allen Tumoren gleichmässig vorkommen können, in Abzug gebracht werden, es müssen ebenso die accessorischen Phänomene in ihrem untergeordneten Werthe geschäzt werden, und selbst in Beziehung auf die localen Symptome muss man trachten zu unterscheiden, was von unmittelbarem Druk und Zerstörung, was von mediatem Druk und Gegendruk abhängt. Es begreift sich, dass bei solchen Postulaten sehr viele Fälle, welche die Casuistik bietet, gar nicht oder nur höchst fragmentär verwerthbar sind: dessenungeachtet ist es nicht unmöglich, Anhaltspunkte zu geben, durch welche eine Diagnose von Ort und Art der Tumoren mit einem ziemlichen Grade von Wahrscheinlichkeit gemacht werden kann.

A. In Betreff des Orts der Geschwülste lassen sich folgende Categorieen unterscheiden:

1) Geschwülste, welche von der convexen Oberfläche des Grosshirns sich entwikeln, wobei es ziemlich gleichgiltig ist, ob sie im Gehirn selbst ihren Ursprung nehmen oder wie gewöhnlich von den Hirnhäuten ausgehen. Dagegen ist es von Einfluss, ob sie einfach und von beschränktem Umfange, oder breit und vielfach sind, und ob sie in den oberflächlichsten Schichten verbleiben oder gegen die Mitteltheile hin sich weiter entwikeln.

a) Einfache Geschwülste von mässiger Grösse in der Rinde des Gehirns, welche wenig in die Tiefe greifen, haben ausser den übrigens auch zuweilen fehlenden Initialsymptomen und den accessorischen Erscheinungen gemeiniglich keine weitere Störung zur Folge. Fall von Bérard jeune (Gaz. méd. B. I. 735).

b) Breite Tumoren, welche von der convexen Oberfläche ausgehen und meist zugleich mehr in die Tiefe greifen, haben gemeiniglich einige Störungen in den psychischen Functionen und bei weiterem Vorschreiten durch mediaten Druk Schwäche und unvollständige Lähmung in den Extremitäten und den Antlizmuskeln der entgegengesezten Seite zur Folge. Fall von Bright (l. c. Cas. CLXIII. p. 342); Fall von Andral (Obs. 3. p. 649); Fall von Govin und Bayle (bei Lallemand II. 251); Fall von Friedreich (5te Beob.); Fall von Dupau (Rev. méd. Juni 1835). Durch Entzündung im Umkreis können die Wirkungen auf weitere Theile ausgedehnt werden: Fall von Cuvier fils (bei Cruveilhier Livr. VIII. p. 12).

c) Multiple Geschwülste auf der Oberfläche des Gehirns können, um so mehr, je zahlreicher sie sind, Störungen der psychischen Functionen höheren Grades (heftige maniacalische Ausbrüche oder stumpfsinnige Versunkenheit) veranlassen.

d) Wenn die in der Convexität entwikelte Geschwulst gegen die Vorderlappen,

die Seitenventrikel, die Basis oder das Tentorium cerebelli hin sich ausbreitet, so gesellen sich die Erscheinungen hinzu, welche von diesen Theilen abhängen.

2) Geschwülste, welche zwischen Abtheilungen des Gehirns eingeschoben sind und vornehmlich die Grosshirnlappen von deren Peripherie her beeinträchtigen.

a) Geschwülste, welche vom Falx ausgehen, lassen die intellectuellen Fähigkeiten und die Sinnesorgane ungestört, bringen dagegen Kopfschmerz, mässige und unbestimmte Störungen der Bewegung (Schwäche, Hemiplegie ohne sicheren Siz, Paraplegie, zuweilen epileptische Anfälle) und hin und wieder über verschiedene Theile des Körpers verbreitete Schmerzen hervor. Drei Fälle von Cruveilhier (Livr. VIII).

b) Geschwülste, welche von der Oberfläche des Tentoriums ausgehen und gegen die Hinterlappen des Grosshirns drüken, haben ähnliche Folgen, wie Hinterlappengeschwülste, nur dass ihre Drukwirkung stärker und ausgedehnter ist, als wenn die Geschwulst in der Substanz des Hinterlappens sich entwikelt hat.

3) Geschwülste, welche vornehmlich die tiefer gelegenen Theile des Grosshirns beeinträchtigen, mögen sie sich dort entwikelt haben oder bei ihrem Wachsthum sich daselbst mehr oder weniger umfängliche Lager durch Erdrükung oder Zerstörung von Hirnsubstanz herstellen, können eine ziemliche, ja selbst enorme Grösse erreichen, ohne erhebliche Zufälle herbeizuführen, und nicht selten findet man selbst wallnuss- bis apfelgrosse Geschwülste, welche niemals durch Erscheinungen sich kundgegeben hatten. Symptome treten vornehmlich ein, wenn die Geschwulst gegen die Rinde vorschreitet, wenn sie in grösserem Umfang die Wandungen der Seitenventrikel consumirt, wenn sie in Folge ihrer Grösse einen ansehnlichen Druk auf die Basis und die dort gelegenen Nerven oder auf die gesammte Convexität oder auf das ganze Gehirn ausübt, oder endlich wenn consecutive Processe sich anschliessen. Solange nicht eines dieser Verhältnisse sich herstellt, sind höchstens unbestimmte, wechselnde oder unerhebliche Erscheinungen: geringe Abweichungen in dem psychischen Verhalten (langsamer Fluss, Incohärenz, Gedächtnissschwäche, trübe Stimmung), mässige und wenig deutliche Abschwächung der Muskelkraft, geringe Abnahme der Sinnesfunctionirung oder subjective Empfindungen und Kopfschmerz, welch lezterer jedoch zuweilen gleichfalls fehlt, vorhanden.

a) Geschwülste des vorderen Lappens haben keine constanten Symptome. Die intellectuellen Fähigkeiten können geschwächt oder erhalten sein. Einen vorzüglich auf die psychischen Functionen influencirenden Tumor von bedeutender Grösse mit zeitweisem Coma (jedoch mit zuweilen eintretendem Strabismus, leichter Verziehung der Gesichtsmuskel und vorübergehender Lähmung der entgegengesezten Hand) bietet der Fall von Bright dar (Reports II. 342. Cas. CLXIII.). Unfähigkeit der Articulation bis zu vollendeter Sprachlosigkeit war in einem Fall von Bouillaud vorhanden (Traité de l'encéphalite. Obs. XXXVI.). Epileptische Anfälle wurden in einem Falle von Combes (bei Cruveilhier Livr. XXV.) und von Kirkwood (Monthly journ. C. III. 223) beobachtet. Lähmungen fehlen oder kann durch immediaten Druk Hemiplegie entstehen: Fall von Andral (Clin. méd. V. 1).

b) Geschwülste, welche in den Centraltheilen der Hemisphären sich entwikeln, sind an sich ohne Localsymptome und bleiben es namentlich, solange sie klein sind und keine Reactionserscheinungen in der Nachbarschaft erregen. Sie erhalten Symptome:

1) wenn sie sehr voluminös werden: Erscheinungen von mediatem Druk und Gegendruk;

2) wenn sie die Ventrikelwandungen, die Basis des Gehirns oder die Convexität erreichen, wobei die entsprechenden Erscheinungen eintreten, welche von diesen Theilen abhängen;

3) durch Entzündung, Erweichung und andere Complicationen in der Nachbarschaft.

Fall von Andral: Geschwulst im linken Centrum mit Vorschreiten auf Thalamus und Corpus striatum, entsprechend spätes Hinzutreten von Immobilität der rechten Extremitäten (Obs. II. pag. 646). Fall von Dalmas (bei Lallemand II. 237): Tumor des linken Centrums mit consecutiver Erweichung, sechs Anfälle von rechtseitiger Hemiplegie. Fall von Friedreich (4te Beob.): Abwesenheit von Sensibilitäts- und Motilitätserscheinungen; Hauptsymptom Schlafsucht.

c) Geschwülste im Corpus striatum und im Thalamus opticus können, wenn sie sehr klein sind, symptomlos sein. Bei einem 32jährigen Mann, welcher an Leberkrebs starb und niemals an Störungen der Motilität gelitten hatte, fand ich im rechten Thalamus einen erbsengrossen Markschwamm, der sich leicht aus

seinem Lager ausschälen liess. Andral (Clin. méd. V. 656) fand bei Abwesenheit aller Hirnsymptome bei einer 40jährigen Frau einen erbsengrossen Krebs im linken Streifenhügel, einen haselnussgrossen im rechten und einen ebenfalls haselnussgrossen an der Grenze zwischen Hinter- und Mittellappen der rechten Hemisphäre. Bei irgend umfangreicheren Geschwülsten an diesen Theilen, mögen sie dort entstanden sein oder sich dahin erstreken, findet sich mehr oder weniger verbreitete Paralyse der entgegengesezten Körperhälfte und zuweilen Blindheit auf der gelähmten Seite. Fälle dieser Art sind sehr zahlreich. Fälle mit Beschränkung der Geschwulst auf den Thalamus sind die Obs. IV. von Andral (pag. 652) und die erste Beobachtung von Friedreich.

d) Geschwülste in den Plexus choroidei und in den Ventrikelhöhlen sind meistens symptomlos. Ich fand deren bei einer Herzkranken, welche niemals Symptome vom Gehirn dargeboten hatte, je einen erbsengrossen platten, grösstentheils aus Cholestearin bestehenden Tumor in beiden Seitenventrikeln an der vorderen Grenze des hinteren Horns. In einem andern Falle fand ich bei einem 14jährigen Mädchen, bei welcher Schiefstellung des Kopfes nach der linken Seite und etwas nach vorn nebst Cephalalgie die einzigen Symptome waren, bis sie zehn Tage vor dem Tode in einen Zustand heftiger Aufregung mit Doppeltsehen, Delirien und lebhaftem Fieber verfiel und zulezt ziemlich plözlich durch Lungenödem starb, einen fast zwei Zoll im Durchmesser haltenden markschwammigen Tumor, der am Plexus choroideus hängend mit zwei Verzweigungen in das hintere und untere Horn des rechten Seitenventrikels und zum Theil in die Masse des hinteren Lappens hinein sich erstrekte. In einem Fall von Chomel (Gaz. des hôp. 1842. 141), bei welchem drei Tumoren, jeder von der Grösse einer kleinen Nuss, im linken Ventrikel lagen, waren nur incomplete Drukphänomene vorhanden, geringe Schwächung der rechten Seite, Schwindel, somnambule Phänomene und Diplopie. In drei Fällen von Kesteven (aus London Gaz. in Schmidt's Jahrbb. LXXII. 177) waren ausser Kopfschmerzen gar keine Symptome vorhanden. — In einem Fall von Bright, in welchem bei einem von Jugend auf geistig und körperlich schwächlichen Individuum ein Tumor auf den Corpora quadrigemina sass, waren keine andern Erscheinungen, als Schmerz im Vorderkopf und in der Schläfe, Schwindel und Undeutlichkeit der Gesichtseindrüke vorhanden; jede andere Lähmung sowie Krämpfe fehlten (Reports II. 623. Cas. CCLXLIV.).

e) Geschwülste in den Hinterlappen des Grosshirns, mögen sie in diesen entstehen oder vom Tentorium sie erreichen, bringen keine entschiedenen Localsymptome hervor, solange nicht die Geschwulst gegen die Wandungen der Seitenventrikel oder gegen die Basis vordringt. Sie haben nur bei entsprechender Grösse die Folgen eines diffus vertheilten mediaten Drukes, bringen also allgemeine Abstumpfung, Incohärenz und Langsamkeit der cerebralen Functionen, Schläfrigkeit und Betäubung zuwege. Fall von Starkey (Lond. med. gaz. Juli 1834). In der zweiten Beobachtung von Friedreich erstrekte sich ein Tumor vom linken hinteren Lappen bis zur Hirnbasis und dem Thalamus und es entwikelte sich demgemäss im Verlaufe rechtseitige Paralyse und Verminderung der rechtseitigen Sehkraft. Ein ganz ähnlicher Fall ist der von Davidson (aus Monthly Arch. in Schmidt's Jahrbb. V. 167). In einem von mir beobachteten Falle eines grossen vom Tentorium ausgehenden reichlich vascularisirten Tumors, der den rechten Hinterlappen stark comprimirte, aber auch auf die linke Hemisphäre dislocirend wirkte, waren Schwäche der Intelligenz, Kopfschmerz, unvollkommene Taubheit, die bald rechts, bald links beträchtlicher zu sein schien, was jedoch der Geistesstumpfheit des Individuums wegen sich nicht genau bestimmen liess, complete Amaurose und mehrmals wiederholte Unmachtanfälle vorhanden; in einem solchen starb der Kranke plözlich.

f) Geschwülste in den Mittellappen des Grosshirns influenciren meist auf die Organe der Basis, vernichten das Gehirnvermögen der betreffenden Seite und wirken oft auf Trigeminus, Trochlearis, Abducens, Oculomotorius, auch zuweilen auf den Facialis der betreffenden Seite und auf das Sehvermögen. Sie können überdem durch Druk auf die Hirnstiele Hemiplegieen der Rumpfglieder der der Geschwulst entgegengesezten Seite hervorrufen. In andern Fällen dagegen, in welchen die Geschwulst klein ist und einen centralen Siz hat, kann sie völlig latent sein.

4) Die Geschwülste der Basis zeichnen sich im Allgemeinen dadurch aus, dass sie einen immediaten Druk auf einzelne Hirnnervenstämme, sowie auf die vereinigten motorischen Fasern für den Truncus und die Extremitäten hervorzurufen pflegen, dass sie daher completere Paralysen in sehr bestimmten Provinzen des

Körpers zur Folge haben können. Während die nach vorn gelegenen Tumoren in dieser Weise zunächst nur Gesicht- und Geruchsinn, sowie den Oculomotorius beeinträchtigen, können die weiter nach hinten gelegenen je nach ihrer Stellung und Ausbreitung die verschiedensten Nervenstämme treffen; die lezteren Geschwülste haben ausserdem häufig Convulsionen zur Folge. Die Störungen der Intelligenz sind bei den Basilartumoren jeglichen Sizes nur durch mediaten Druk oder accessorische Verhältnisse hervorgebracht, sie können daher ganz fehlen oder in sehr geringen Graden sich erhalten.

a) Geschwülste am vordersten Theil der Basis, vom Stirnbein ausgehend oder an der Convexität des Vorderlappens sich entwikelnd, zeigen ausser anhaltendem in der Stirn sizendem Kopfschmerz, der sich zuweilen über die Nase und das ganze Gesicht verbreitet, Störungen im Auge, sowohl Amblyopie und Amaurose, als Schwerbeweglichkeit der Augenmuskel, und zwar diese Erscheinungen auf beiden Seiten; auch der Geruchsinn kann verloren gehen; Anomalieen der Bewegung anderer Theile, der Intelligenz und Erbrechen fehlen ganz oder erscheinen nur in accessorischer Weise. Diese Geschwülste können überdem das Auge dislociren, es nach unten drüken oder Exophthalmus hervorrufen, bei krebsartiger Natur den Bulbus in die Degeneration verwikeln, die Siebplatte durchbohren, die Nasenwurzel auseinanderdrängen und in der Nase zum Vorschein kommen. Fälle von Reignier (Arch. gén. B. IV. 602), Cruveilhier (Livr. VIII. pag. 11), Lebert (l. c. 530), Lyell (Monthly journ. 1850. C. II. 201), Eulenburg (Preuss. Vereinsz. 1853. Nro. 18).

b) Die Geschwülste der Pituitargegend bestehen entweder in einer geschwulstartigen Umwandlung der Glandula pituitaria selbst von mehr oder weniger bedeutender Grösse, oder sie entwikeln sich von der Sella turcica. Ausser den Initialsymptomen, unter denen der Kopfschmerz vornehmlich im Vorderkopf seinen Siz hat, den accessorischen und terminalen Erscheinungen, welche diese Geschwülste mit allen andern Hirngeschwülsten gemein haben, bemerkt man am häufigsten eine Störung der Sinne, vornehmlich des Gesichtsinns und des Geruchs, zuweilen Lähmungen in den Gesichtsmuskeln, vornehmlich des Levator palpebrae superioris und der Recti; nur in mässigem Grade und seltener Störungen der Intelligenz, keine Convulsionen, keine oder unvollkommene und doppelseitige Extremitätenparalyse. Ein Fall von Mohr (Casper's Wochenschr. 1840. Nro. 35); mehrere Fälle von Rayer (Arch. gén. A. III. 350).

c) Die Geschwülste in den Mitteltheilen der Hirnbasis können, wenn sie von geringem Umfang sind, entweder auf die Stelle zwischen dem Chiasma und dem Pons sich beschränken, oder sie betreffen den Gehirnstiel einer Seite, oder sie entwikeln sich im Pons und ragen nicht oder kaum über ihn hinaus, oder endlich sie greifen nach hinten gegen das Kleinhirn.

Bei den auf den Raum zwischen Chiasma und Pons beschränkten Geschwülsten ist vornehmlich das Sehvermögen aufgehoben und zwar auf beiden Augen, jedoch kann das eine Auge später erblinden als das andere. Auch der Geruch kann verloren gehen. Lähmungen treten vornehmlich im Bereiche des Oculomotorius ein, während die anderer Hirnnerven und der Extremitäten fehlen oder untergeordnet sind, und überhaupt stellen sich Erscheinungen her, welche denen der Tumoren der Pituitargegend ähnlich sind.

Bei Tumoren, welche in den Hirnstielen oder in deren nächster Nachbarschaft sich entwikelt haben, findet sich Hemiplegie der entgegengesezten Seite und Lähmung im Oculomotorius auf der dem Tumor entsprechenden Gesichtshälfte; auch kann einseitige oder doppelte Blindheit vorhanden sein. Fall von Delaziauve (Rev. méd. Juni 1851).

Bei Geschwülsten, die im Pons selbst sich entwikeln und zu keiner solchen Grösse gedeihen, dass sie die Nachbartheile erheblich beeinträchtigen, hat man unvollständige Lähmung der entgegengesezten Körperhälfte nebst schmerzhaften Empfindungen in derselben beobachtet, ohne weitere Störungen als die, welche allen Tumoren gemeinschaftlich sind.

d) Die vom Pons nach rükwärts gehenden Geschwülste stellen die Mehrzahl der Geschwülste dar. Ihre Symptome fallen zusammen mit denen der an dem unteren Theil des Kleinhirns sich entwikelnden Tumoren.

e) Geschwülste, welche den grössten Theil der Basis einnehmen, haben auch stets schwere und umfassende Symptome, namentlich gleichzeitige Lähmung der Sinne, der Bewegung und Abstumpfung der Intelligenz. Dabei ist je nach der Lagerung des Tumors selbstverständlich eine verschiedenartige Ausdehnung der Lähmungserscheinungen möglich. Alle Nerven des Gehirns können bald auf einer, bald auf beiden Seiten beeinträchtigt sein, während die Störungen in den Rumpfgliedern bald in der Form der Hemiplegie, bald in der der Paraplegie sich zeigen;

auch können mühsames Athmen, asthmatische Zufälle zugleich vorhanden sein, und Convulsionen finden sich als intercurrente Erscheinungen nicht selten.

5) Geschwülste, welche das Kleinhirn direct beeinträchtigen, entwikeln sich entweder in diesem selbst oder gehen sie von benachbarten Theilen aus, drüken dann nur auf das Cerebellum oder senken sich mehr oder weniger tief in seine Substanz ein. Solche Geschwülste können entweder vom Tentorium ihren Ursprung nehmen, oder es sind Basilargeschwülste, welche vom Felsenbein oder von der Brükengegend entspringen. Alle Basilargeschwülste, die vor dem Türkensattel liegenden ausgenommen, können, wenn sie einen grösseren Umfang gewinnen, überdem das Kleinhirn erreichen. — Gemeinschaftliche Symptome der Kleinhirngeschwülste gibt es nicht; doch kann beim männlichen Geschlecht als eine zwar nicht constante, doch häufige Erscheinung eine Alteration des Geschlechtstriebes und namentlich ein Aufhören desselben und Vernichtung der Potenz bezeichnet werden.

a) Findet sich die Geschwulst in den Centraltheilen des Kleinhirns und ist sie nicht von beträchtlichem Umfange, so macht sie gar keine Symptome. Fall von Friedreich (9te Beob.).

b) Ist die centrale Geschwulst von grossem Umfang, so kann sie einen mediaten Druk auf die Nachbartheile, auf die Nerven der Basis, auf den Pons, die Hirnstiele. auf die Corpora quadrigemina ausüben und dem entsprechende, jedoch meist nur incomplete Localsymptome hervorrufen. Fall von Gustorf (Casper's Wochenschrift 1850).

c) Befindet sich die Geschwulst an der Convexität des Kleinhirns, so sind entweder geringe Symptome oder verbreitete und unvollkommene Lähmungen vorhanden und entstehen nur Erscheinungen von mediatem Druk und Gegendruk; Lähmung und Schwächung der Extremitäten findet sich auf der entgegengesezten Seite. Zwei Fälle von Andral (l. c. pag. 1 u. 709).

d) Geschwülste, welche auf einen Pedunculus cerebelli drüken, erreichen stets auch andere Hirnpartieen und es lässt sich desshalb nicht bestimmen, welchen Einfluss die Beeinträchtigung des Kleinhirnstieles hat.

e) Sizt die Geschwulst am unteren Theil des Kleinhirns, sei es, dass sie nur von aussen her diesen erreicht, sei es dass sie in das Cerebellum selbst eingesenkt ist, so bewirkt sie, wenn sie ein irgend erhebliches Volumen hat, einen directen oder mediaten Druk auf die hinteren Nervenstämme des Gehirns, namentlich auf den Accessorius, wodurch Starrheit der Nakenmuskel bedingt wird, auf den Vagus und Glossopharyngeus, deren Beeinträchtigung aber nur dann durch Symptome (Athembeschwerden, Schwierigkeit im Schlingen) sich zu erkennen gibt, wenn der Tumor gross genug ist, um auch den Nerven der andern Seite wenigstens durch einen mässigen mediaten Druk zu stören. Es treten ferner Erscheinungen vom Facialis, gewöhnlich auch vom Acusticus ein: Antlizlähmung und Taubheit der entsprechenden Seite, bald complet, wenn die Geschwulst den Nerven selbst erreicht, bald incomplet, wenn Schichten von Hirnmark zwischen ihr und dem Nerven liegen. Weniger häufig wird der Trigeminus in erheblichem Grade beeinträchtigt, während dagegen das Sehvermögen gewöhnlich zu leiden pflegt, Schielen zwar nicht constant, aber doch häufig sich zeigt (Druk auf den Trochlearis). Gewöhnlich sind zugleich Lähmungserscheinungen in den Extremitäten der der Geschwulst entgegengesezten Seite vorhanden durch den Druk, welchen die Geschwulst entweder auf die Oblongata oder auf die Hirnstiele ausübt; doch sind die Lähmungen der Rumpfglieder gewöhnlich nicht so vollständig, wie die der Sinnesorgane und des Facialis. — Diese Fälle sind ziemlich häufig. Ich selbst habe deren drei beobachtet und in allen vermochte ich, den Siz während des Lebens nach den Symptomen zu bestimmen. Vergl. die Fälle von Mohr (Casper's Wochenschr. 1840 pag. 403). Friedreich (3te Beob.) etc. etc.

B. Ueber die Beschaffenheit der Geschwulst lassen die Symptome nur in einzelnen Fällen ein Urtheil zu, das sich auf folgende Verhältnisse zu stüzen hat:

1) Bei entschieden carcinomatöser Constitution ist die krebsige Beschaffenheit des Hirntumors wahrscheinlich. Sie ist dagegen nicht ausgeschlossen, wenn der Habitus des Individuums nicht die Charactere der Krebscachexie darbietet.

2) Eine langsame Zunahme und Vervielfältigung der Symptome und eine sehr lange Dauer der Krankheit findet sich eher bei Carcinomen; eine sehr rasche Vervielfältigung der Erscheinungen, wenn sie nicht von accessorischen Störungen (Entzündung, Erweichung, Apoplexie, seröse Ergüsse in die Ventrikel) abhängt, sezt ein rasches Wachsthum des Tumors voraus, welches fast nur beim Krebse vorkommt. Eine mittlere Raschheit der Entwiklung lässt dagegen keinen Schluss auf die Natur des Tumors zu.

3) Ein auffallendes Schwanken der Symptome und vornehmlich das zeitweise Eintreten paroxysmenartiger Erscheinungen, wie Unmachten, Krämpfe, acute Manie, kurzdauernder Sopor, der sich wieder verliert, lässt vermuthen, dass die Geschwulst reichlich vascularisirt ist, und da eine solche Beschaffenheit mehr bei carcinomatösen Tumoren vorkommt, so gibt jenes Verhalten eine Wahrscheinlichkeit für die Gegenwart einer Krebsgeschwulst. Andererseits dagegen ist die Abwesenheit paroxysmenartiger Erscheinungen kein Beweis für die nicht krebsige Natur der Geschwulst, da auch die Carcinome zuweilen gefässarm sind und dann keine Schwellbarkeit zeigen.

4) Beim Vorhandensein oder Ueberwiegen unvollkommener Druksymptome kann man, wenn der Siz der Geschwulst an einer einflussreichen Stelle des Gehirns angenommen werden muss, vermuthen, dass dieselbe von einer weichen Beschaffenheit sei; während die vollkommene Ertödtung einzelner Nervenprovinzen und besonders einzelner Hirnnervenstämme mehr eine derbe Geschwulst voraussezen lässt.

III. Therapie.

In den Fällen, in welchen ein Krebstumor im Gehirn vermuthet wird, hat sich die Behandlung auf ein rein exspectatives Verfahren zu beschränken und sind Versuche, auf die Hauptstörung einzuwirken, eher nachtheilig als vortheilhaft.

In den Fällen, in welchen eine syphilitische Affection dem Tumor vorangegangen war, kann man es unternehmen, durch entsprechende Constitutionsmittel eine heilende Einwirkung zu versuchen.

Wenn keine constitutionelle Ursache des Tumors wahrscheinlich ist und vermuthet werden kann, dass derselbe nicht carcinomatöser Art ist, so kann, freilich mit sehr geringer Aussicht auf Erfolg, versucht werden, den Schwund der Neubildung durch örtliche und allgemein wirkende Mittel einzuleiten. Hiezu kann man sich bedienen: wiederholter kleiner Blutentziehungen am Kopfe, der Anwendung eines Haarseils, des innerlichen Gebrauchs von Jod, von Oleum jecoris; am ehesten scheint jedoch die länger fortgesezte Incorporation von kleinen Dosen von Arsen zuweilen einen günstigen Einfluss zu haben.

Daneben sind die reactiven und accessorischen Processe im Gehirn und die weiteren Complicationen des Zustandes nach ihrer Art zu behandeln, und es hängt von der sorgfältigen Berüksichtigung dieser Indicationen wenn nicht die Heilung der Krankheit, so doch die Fristung des Lebens ab.

F. PARASITEN IM GEHIRN.

Entozoën kommen im Gehirn vor:

a) der Echinococcus, welcher ziemlich selten zu sein scheint und in solitärer Weise sich findet;

b) der Cysticercus cellulosae, welchen einzelne Beobachter für ziemlich häufig erklären. Er findet sich in der grauen Substanz und in den peripherischen Lagen, bald in sparsamer, bald in grosser Anzahl. Nach dem Absterben des Thieres hinterbleibt ein eingediktes kreidiges Concrement in der Art eines verkreideten Tuberkels.

Diese Parasiten haben zuweilen gar keine wahrnehmbaren Störungen zur Folge, in andern Fällen solche, wie sie von den an den gleichen Hirnstellen lagernden Tumoren hervorgebracht werden. Da der Cysticercus meist in mehrfacher, selbst grosser Anzahl im Gehirne sich findet, so kann

er verbreitetere und einer Meningitis und Meningoencephalitis ähnliche Symptome hervorrufen.

Wichtigere Fälle von Parasiten im Gehirne sind mitgetheilt:

Fälle von Echinococcen: von Rendtorf (Diss. de hydatidibus Berol. 1822. p. 36), Abercrombie (in van der Busch Uebers. pag. 447: Mittheilung von Dr. Headington: enormer Echinococcusak bei einem 11jährigen Knaben), Aran (Arch. gén. C. XII. 76), Gradl (Prager Vierteljahrschr. XXVI. Erg.-Bl. p. 22), Gaudineau (Revue méd. Juli 1851).

Fälle von Cysticercus: von Baader (in Sandifort Thesaur. III. 33), Zeder (Anleitung zur Naturgesch. der Eingeweidew. 1803 p. 320), Treutler (Observ. path. anat. 1793), Romberg (in Nasse's Zeitschr. 1822. St. III. 195), Nivet (Arch. gén. C. VI. 478), Aran (Arch. gén. C. XII. 76), Drewry Ottley (Med. chir. transact. B. IX. 12), Delaye (aus Journ. de Toulouse in Schmidt's Jahrb. LXVIII. 201), Brünniche (aus Hospitals Meddelelser IV. in Schmidt's Jahrb. LXXVIII. 171 nebst Bemerkungen über die Diagnose), Krauss (Damerow's Zeitschr. X. zweites Heft), Günsburg (dessen Zeitschr. 1851. II. viertes Heft), Lange (ibid. sechstes Heft), Stich (Charitéann. V. 188).

G. ATROPHIE, CONTINUITÄTSTRENNUNGEN UND MORTIFICATIONSPROCESSE.

1. Der Hirnschwund (Atrophie des Gehirns).

Die Wichtigkeit der erworbenen Hirnatrophie hat erst in neurer Zeit die genügende Anerkennung gefunden. Zunächst hat Andral (Anat. pathol. und Clinique méd. V. 617) Gewicht auf die Atrophie gelegt, dieselbe jedoch von der angebornen Hirnarmuth nicht genügend geschieden. Zahlreiche Beispiele hat Lallemand (Lettres sur l'encephale III.) gesammelt. Von Werth ist die Abhandlung von Sims (Medico-chirurg. transactions XIX. 364). Besondere Aufmerksamkeit wurde der Hirnatrophie zu Theil in den betreffenden Werken und Schriften der jüngern Wienerschule: Rokitansky, Dietl, Engel (Anleitung), Mauthner (die Krankheiten des Gehirns bei Kindern 1844 p. 193), Bednar (die Krankh. der Neugeb. u. Säugl. II. 150). Monographisch handelte Erlenmeyer (1852) die Hirnatrophie der Erwachsenen ab.

I. Aetiologie.

Die Atrophie des Gehirns kommt theils primär vor, theils secundär. Ausserdem finden sich Fälle, in welchen eine an sich primäre Atrophie durch andere krankhafte Zustände beschleunigt und modificirt wird.

Ein primärer Schwund des Gehirns ist derjenige, welcher im höheren Greisenalter eintritt und bald zeitiger, bald erst in vorgerükterer Betagtheit sich herstellt: senile Atrophie. Hieran schliessen sich nicht seltene Fälle, bei welchen schon im früheren Alter, sei es in Folge geringerer Functionirung des Gehirns und unentwikelten geistigen Lebens, sei es aber durch consumirende psychische Functionirung und zwar sowohl innerhalb der Grenzen relativer Gesundheit, als bei krankhafter anhaltender Aufregung, eine Atrophie sich herstellt, die der senilen nach allen Beziehungen ähnlich ist. Wiederum schliesst sich daran der als secundäre Erkrankung anzusehende Schwund des Gehirns, welcher sich zuweilen bei consumtiven Krankheiten einstellt, jedoch meist nur dann, wenn nachtheilige functionelle Verhältnisse in Betreff des Gehirns obwalten, wie Vernachlässigung cerebraler Thätigkeit oder erschöpfende Anstrengungen und Gemüthszustände.

Eine secundäre Atrophie kann ferner hervorgerufen werden durch locale Functionsthätigkeit, wie z. B. bei Blinden sich nicht selten Atrophieen

des Thalamus, der Vierhügel und anderer Theile des Gehirns vorfinden, und ebenso bei sonstigen peripherischen Lähmungen zuweilen nachträglich Hirntheile schwinden.

Secundärer Hirnschwund wird ferner hervorgebracht durch anhaltenden Druk von Exsudaten und Neubildungen im Gehirn, in den Hirnhäuten oder vom Schädel aus, wodurch je nach den Umständen bald umfangreiche, bald mehr beschränkte Atrophieen sich ergeben.

Endlich tritt das Atrophiren als secundärer, sehr gewöhnlicher Process an Extravasat- und Entzündungsherden in der Hirnsubstanz, nach deren Heilung ein, und es ist dabei bemerkenswerth, dass von dem ursprünglichen Size der Erkrankung aus ein solcher Schwund auf weitere Gehirntheile sich ausbreiten und selbst eine verfrühte Atrophie des Gesammthirns nach sich ziehen kann. — Auch selbst Entzündungen in den Hirnhäuten, namentlich wenn sie mit Verwachsung derselben mit der Hirnrinde enden, bewirken gewöhnlich eine Atrophie, welche sich über mehr oder weniger grosse Partieen des Gehirns auszubreiten pflegt.

Die Eintheilung in primäre und secundäre Atrophie des Gehirns ist im concreten Falle nicht vollkommen durchzuführen, indem auch in solchen Fällen, in welchen ohne vorangehende Störung im Gehirn die Atrophie des Organs sich entwikelt, dieselbe durch Erkrankungen und Störungen des Gesammtorganismus bedingt oder doch wenigstens gefördert sein kann. Ausserdem kann der Begriff der secundären Atrophie entweder, wie gewöhnlich zu geschehen pflegt, beschränkt werden auf denjenigen Schwund, der einer andern localen Gewebsstörung als secundärer Process nachfolgt, oder aber auf diejenigen Fälle ausgedehnt werden, in welchen vorwiegend Functionsstörungen, anhaltende und oft wiederholte pathologische Aufregungen dem Atrophiren des Organs vorangehen. So stellt sich die Atrophie des Gehirns schliesslich bei den meisten Geisteskranken her, wenn diese nicht in einer frühzeitigen Periode zu Grunde gehen, auch ohne dass der Schwund in der Art eines Secundärprocesses im gewöhnlichen Sinne auf eine locale Gewebsstörung folgen müsste.

Der Hirnschwund schliesst sich insofern auf das Unmittelbarste an die angeborene Hirnarmuth an, als mehrere derjenigen Verhältnisse, welche in dem Extrauterinleben die Involution des Gehirns bedingen können, auch schon im Fötalzustande zur Wirkung zu kommen vermögen und somit angeborene Hirnarmuth und später erworbener Hirnschwund zum Theil von ganz analogen Verhältnissen abhängen kann. In seinen Effecten für die Functionen stimmt die acquirirte Hirnatrophie um so mehr mit der angeborenen überein, in je früherem Lebensalter sie erworben wird.

II. Pathologie.

A. Die Hirnatrophie kommt als sogenannte totale und partielle vor, jedoch betrifft die als totale bezeichnete stets nur das Grosshirn und ist überdem niemals ganz gleichmässig über alle Theile desselben verbreitet. Eine totale Atrophie kann sich ferner auf eine Hemisphäre beschränken, während die andere in vollkommener Entwiklung sich erhält, und die partielle Atrophie ihrerseits kann bei längerem Bestehen einen Schwund auch in der andern Hemisphäre hervorrufen.

Die ausgezeichnetste totale Atrophie ist die des höheren Greisenalters, sowie der bei consumtiven Krankheiten eintretende Schwund. Aber auch die secundäre Totalatrophie stimmt in ihren Characteren ziemlich damit überein. Es hat bei der Totalatrophie das Gesammthirn an Gewicht abgenommen, die Gyri sind schmäler, zuweilen von sehr ungleicher Grösse, die Zwischenräume zwischen ihnen tiefer und weiter, die Hirnventrikel

geräumiger und mit Wasser angefüllt. Der Umfang des Gehirns kann vermindert oder erhalten sein, in welch letzterem Falle der Substanzverlust durch die Erweiterung der Ventrikel oder dadurch ausgeglichen ist, dass die Hirnmasse porös und selbst mit grossen serumerfüllten Lüken versehen ist. Die Hirnsubstanz erscheint meist zäh und lederartig (Cirrhose des Gehirns), die weisse Substanz von schmuziger Farbe, die graue gelblich, und zwar alles diess in verschiedenen Graden; doch kommen auch Erweichungen vor.

In andern Fällen von Atrophie des Gehirns, vornehmlich bei localer, zeigt sich die Convexität abgeplattet und selbst seichte Vertiefungen finden sich an ihr. Bedeutendere Schrumpfungen können vornehmlich nach localen Processen sowohl an der Convexität, als an jeder Stelle des Gehirns vorkommen. Im Innern des Hirnmarks finden sich auch bei localer Atrophie nicht nur feinlöcherige Stellen, sondern auch zuweilen grössere, mit seröser Flüssigkeit erfüllte Räume. Dabei ist auch in diesen Fällen die Textur meist nicht normal, sondern derber, zäher, trokener und das Aussehen meist missfarbig.

Bei dem Schwunde des Gehirns mit Verkleinerung des Umfangs ist der Raum zwischen Hirn und Dura durch Wasser, auch wohl durch Extravasatherde ausgefüllt, die Häute sind oft erheblich verdikt. — Der Blutgehalt des atrophischen Gehirns ist meist sehr vermindert, doch zeigen die gröberen Venen der Pia und auch zuweilen Gefässe innerhalb und im Umkreis der atrophischen Stelle nicht selten eine bedeutende, ja sogar colossale Erweiterung. — Fettablagerung in mehr oder weniger beträchtlichem Grade findet sich zuweilen an den atrophirten Stellen des Gehirns.

Die Verhältnisse des Schädels accommodiren sich bei ausgewachsenem Körper nicht oder doch kaum mehr an die jetzt erst erworbene Substanzverminderung des Organs. Wo jedoch der Schwund schon in frühzeitigem Kindesalter eintritt, kann eine entsprechende Veränderung der knöchernen Hülle sich herstellen und dem Grade der Atrophie sich anpassen.

Die Abnahme der Gehirnmasse kann bei totaler Atrophie so beträchtlich sein, dass das Gehirn auf zwei Drittel des normalen Durchschnittsgewichts und darunter reducirt wird. In der Mehrzahl der Fälle ist das atrophische Gehirn oder die einzelne atrophische Stelle derber, sclerosirt, indessen bei totaler Atrophie selten in sehr beträchtlichem Grade.

Die Erweichung der atrophirten Hirnsubstanz ist immer etwas Ungewöhnliches und sezt complicirte Verhältnisse voraus.

B. Die Atrophie des Gehirns kann sich in acuter Weise oder in jedem Maasse chronisch herstellen.

Jedes rasche und dabei ausgedehnte Schwinden des Gehirns bringt die Erscheinungen von Delirium, bei sehr acutem Verlaufe von Tobsucht, bei minder acutem von Verrüktheit, meist mit frühzeitig blödsinniger Färbung hervor und geht sofort in allgemeine Cerebralparalyse über. Auch bei chronischem Verlauf können als acute Paroxysmen dieselben Erscheinungen zeitweise sich herstellen.

Bei langsam sich ausbildender ausgebreiteter Atrophie beider Hirnhemisphären tritt eine allmälig vorschreitende intellectuelle Abschwäch-

ung (Abnahme des Gedächtnisses, des Urtheils, kindisches Benehmen, Blödsinn), wohl auch Schlummersucht und stilles Irrereden ein; auch stellt sich gewöhnlich eine Stumpfheit der Sinnesorgane, eine Schwäche der Extremitäten, eine Abnahme des Sprachvermögens und allgemeiner Marasmus ein.

In einem sehr ausgezeichneten Falle von Schwund beider Hemisphären, welcher 4 Jahre lang in meiner Beobachtung war und unlängst durch eine intercurrente Krankheit tödtlich endete, war weniger eine entschiedene Abnahme der geistigen Fähigkeiten, als vielmehr eine fortschreitende und zulezt enorme Verlangsamung der Willens- und motorischen Reflexleistungen des Gehirns zu bemerken. Zu allen Muskelbewegungen fähig, verbrauchte der Kranke zu den einfachsten willkürlichen Bewegungen mehrere Minuten, selbst Stunden, z. B. zur Vorbringung eines Worts, zur Führung des Bissens in den Mund, zum Kauen, zum Bewegen des Beins. Bei vollkommenem Bewusstsein verblieb die angefangene Bewegung, der aufgehobene Arm, der geöffnete Mund oft halbestundenlang in kataleptischer Erstarrung, ohne jedoch der passiven Bewegung irgend einen Widerstand entgegenzustellen. Zum Stehen gebracht blieb der Kranke ruhig mehre Minuten, später freilich nur noch Secunden lang stehen, bis der Körper anfing, nach einer Seite überzuhängen und durch Verlust des Gleichgewichts zum Fall zu kommen, wogegen er selbst sich keine Hilfe zu geben vermochte. Fortgerissen lief er mit vorgeneigtem und gegen den Ziehenden überhängendem Körper ziemlich rasch. Bei mässigem Nahrungsbedürfniss brachte er mit dem Geschäft des Essens, wegen der Langsamkeit, mit der es zustandekam, fast den ganzen Tag zu: erst vom Pharynx an wurde der Bissen rasch befördert. Ruhig sass er den Tag über im Lehnstuhle, bewegte sich nicht, ausser auf Befehl oder um den Bissen zum Munde zu führen. Er blinzelte niemals, obwohl er aufgefordert die Auglider ganz gut bewegen konnte; die Stirne des etlich und dreissig Jahre alten Manns war in tiefe Querrunzeln gelegt, die sich kaum je veränderten. Die Iris war kaum beweglich. Stets gab er richtige Antworten, nur musste er Zeit dazu haben und einen langen Saz brachte er in dem lezten Jahre der Krankheit nicht mehr zustande. Dagegen nahm er an den Spielen seiner Mitkranken Theil, gewann meist in Folge überdachten Spiels, und war gewöhnlich der Erste von Allen, der ein Räthsel oder eine Charade errieth. Die Sinne waren nicht schwächer geworden, auch sein Gedächtniss schien nicht nothgelitten zu haben, soweit sich bei seinen zeitraubenden und sparsamen Aeusserungen erkennen liess. Einige Grillen, denen er nachhing und die sich vornehmlich auf Mittel zur Herstellung seiner Gesundheit bezogen, waren die einzigen Spuren einer etwas geschwächten Intelligenz. Seine vegetativen Functionen litten weder wesentlich, noch dauernd, wenn auch zeitweise kleine Störungen vorkamen. Doch magerte er, wenngleich nicht in hohem Maasse, ab. Er starb unversehens, nachdem er in den lezten Wochen troz aller Anstrengung des Willens nicht mehr im Stande war, zum Articuliren die Zunge zu bewegen und schliesslich wenige Anfälle einer um die Mittagsstunde wiederkehrenden Quotidiana erlitten hatte. Bei der Section fand man das Schädeldach verdikt und an der Innenfläche mit seichten rauhen Osteophyten besezt, die Dura schlaff, im Subarachnoidealraum eine geringe Menge Flüssigkeit, das Gehirn allseitig proportionirt, aber durchaus klein, die Gyri auffallend schmal, die Blutmenge sparsam, die Ventrikel von normaler Weite, das Gewicht des ganzen Hirns kaum 1200 Gramme. Keine sonstige Störung im Gehirn und im übrigen Körper mit Ausnahme einer eitrigen Ausfüllung des linken Frontalsinus (ohne Zweifel in Folge der langjährigen Gewohnheit des Kranken, seine Nase vollzustopfen) und einer ums Doppelte vergrösserten, blutreichen, ödematös erweichten Milz (anatomischer Character der frischen Wechselfiebermilz).

Bei totaler Atrophie einer Hemisphäre kann die Intelligenz erhalten bleiben, obwohl sie in der Mehrzahl der Fälle nothleidet; dagegen entstehen Contracturen, Schwäche und Lähmungen auf der entgegengesezten Körperhälfte, die Glieder werden daselbst mager, zuweilen ödematös, das Gesicht ist schief verzogen und häufig stellt sich Epilepsie ein.

Bei beschränkten Atrophieen des Gehirns sind gewöhnlich unbestimmtere Symptome vorhanden. Nur wo ein Hirnschenkel oder die Nachbarschaft eines Ventrikels afficirt ist, pflegen regelmässig Schwäche

und Lähmung der entgegengesezten Körperhälfte einzutreten. Aber auch wenn die Atrophie an andern Stellen sich befindet, kann sich partielle Schwäche und Contractur zeigen, ohne dass ein strenger Zusammenhang zwischen der Stelle der anatomischen Läsion und der der peripherischen Störung sich immer nachweisen liesse. Es sind ferner in solchen Fällen sehr häufig epileptische Anfälle zu bemerken. Auch stellt sich gemeiniglich eine mehr oder weniger auffallende Abschwächung einzelner oder sämmtlicher intellectueller Fähigkeiten und der Sinnesorgane ein: namentlich stehen von den lezteren Gesicht- und Geruchsinn in einer bestimmteren Beziehung, jener zu den Mitteltheilen des Gehirns, dieser zu den Vorderlappen.

Bei dem Hirnschwunde kommen sehr häufig als intercurrente Erscheinungen Symptome von Hyperämie und apoplectische Anfälle vor; auch werden durch den Eintritt der secundären serösen Ergüsse zuweilen die Erscheinungen eines Hydrocephalus chronicus herbeigeführt.

Bei jeder erheblichen Atrophie des Gehirns stellt sich gemeiniglich mindestens einige Abschwächung der Intelligenz her. Doch kommen Fälle vor, in denen bei Beschränkung der Atrophie auf eine Hemisphäre oder auf das Marklager die Intelligenz erhalten bleibt. Ein solcher ist oben mitgetheilt. Ein ausgezeichneter Fall ist ferner der von Cruveilhier (Anat. pathol. Livr. VIII. Pl. V.) erzählte. Ein Mann von 42 Jahren kam mit einer hochgradigen Herzkrankheit in das Hospital. Seit seiner frühesten Jugend litt er an einer incompleten rechtseitigen Hemiplegie mit Atrophie der paralysirten Glieder. Seine Antworten zeigten eine vollkommene Intelligenz, die Integrität aller seiner Sinne, und auch nach eingezogenen Erkundigungen hatte er stets normale Verstandeskräfte gezeigt. Nach dem zwei Tage darauf erfolgten Tode zeigte sich der Schädel auf der linken Seite doppelt so dik als auf der rechten; das Gehirn auf jener Seite liess eine beträchtliche Depression bemerken; der rechte vordere Lappen ragte einen halben Zoll weiter nach vorn als der linke; die Gyri der linken Hemisphäre waren klein, abgeplattet, derber, bleicher, durch breite und tiefe Furchen getrennt, welche durch die infiltrirte Pia ausgefüllt waren; im linken Ventrikel befand sich eine grosse Menge heller Flüssigkeit, nach deren Ausfliessen die Hemisphäre so zusammensank, dass sie nur den dritten Theil des Volums der rechten Hemisphäre betrug.

III. Therapie.

Die atrophirte Hirnsubstanz ist schwerlich mehr zur Integrität herzustellen.

Die Indicationen bei Gehirnatrophischen sind:

1) Beseitigung und Ermässigung der Verhältnisse, welche die Atrophie herbeigeführt haben, fördern und steigern können;

2) Ermässigung und Correction der symptomatischen Folgen der Atrophie, soweit solches möglich ist, und Behandlung aller Complicationen, welche eine solche zulassen.

An der Erfolglosigkeit jeder directen Therapie des Hirnschwundes kann apriorisch nicht gezweifelt werden. Exacte Erfahrungen sind in diesem Punkte nicht zu machen; denn wenn auch unter dem Gebrauch eines Mittels oder einer Methode die symptomatischen Folgen des Hirnschwundes sich verlieren, so ist damit nicht bewiesen, dass eine atrophische Stelle geheilt sei; und wenn man nach der Heilung bei dem späteren Tode keine Atrophie findet, so ist die Wahrscheinlichkeit einer falschen Diagnose während des Lebens weit grösser als die einer Ausgleichung der Atrophie, um so mehr, da alle Erscheinungen der lezteren auch von andern und zwar heilbaren Verhältnissen abhängen können. — Alle empfohlenen Mittel und Methoden haben daher lediglich einen prophylactischen (z. B. gegen Einleitungsprocesse der Atrophie gerichteten) oder Symptome bekämpfenden Character: wie die Quecksilbercuren, das Jodkalium, die bitteren, tonischen Mittel, die Narcotica,

die Gegenreize, die kalten Waschungen, Begiessungen, Ueberrieselungen etc. — Erlenmeyer empfiehlt das Ol. jecoris und in den Stadien der Vorboten primärer Atrophie (?) sehr angelegentlich den Silbersalpeter.

2. Rupturen des Zusammenhangs.

Spontane Trennungen des Zusammenhangs (ohne traumatische Veranlassung) kommen innerhalb des Schädels vor:

1) am Gehirn und an seinen Häuten durch dissecirende und durchbrechende Abscesse, Blutergüsse und Neubildungen: der höchste Grad der Atrophie kann ferner zur Trennung des Zusammenhangs führen und die Erweichung sie begünstigen oder bei hohem Grad selbst darstellen.

2) An Gefässen verschiedenen Calibers, vornehmlich bei deren atheromatöser Entartung und Verfettung. S. Apoplexie.

3) In höchst seltenen Fällen an den Blutleitern, mit sofortigem Austritt von Blut in grosser Menge und mit alsbaldigem Tode.

Fälle von Zerreissung der Hirnsinus sind von Puchelt (das Venensystem II. 239) und von Bruns (Handb. der pract. Chirurgie, spec. Thl. I. 633, jedoch nur zwei nicht traumatische Fälle enthaltend) gesammelt.

3. Erweichung des Gehirns (Encephalomalacie).

Die genauere anatomische und klinische Beachtung der Gehirnerweichung beginnt mit Rostan (Rech. sur les ramoll. du cerveau 1820); Lallemand (Lettres sur l'encéphale) theilte viele Krankengeschichten mit, und in den Werken von Gendrin (Hist. anat. des inflamm.), Abercrombie, Andral, Cruveilhier, Carswell, Bouillaud (Traité de l'encephalite 1825) wurde sie meist als Zeichen und Product der Entzündung zur Sprache gebracht. Ausführliche monographische Abhandlungen sind die von Sims (Medico-chir. transact. XIX. 381), Fuchs (Beob. über Hirnerweichung 1838), Gluge (Abhandl. zur Physiologie u. Pathologie 1841. p. 3), Durand-Fardel (Tr. du ramollissement du cerveau 1843, wichtigste unter allen Arbeiten über Gehirnerweichung). Seit Gluge wurde die Laesion vielfach microscopischen Untersuchungen unterworfen: Bennet, Lebert u. A. Am schärfsten unterschied Rokitansky die verschiedenen Formen der Erweichung und ihre differente Natur. Vgl. auch Rowland (On the nature and treatment of softening of the brain 1851.)

I. Die Erweichung des Gehirns ist in der Mehrzahl der Fälle nichts als die lezte Veränderung der Hirnmasse in Folge verschiedener Processe, bei welchen die Substanz von einer Flüssigkeit durchdrungen wird. Die Hirnerweichung kann sich in dieser Weise einstellen:

durch seröse Durchfeuchtung und Maceration der Hirnmasse bei Oedemen und Ventrikelergüssen: die erweichte Stelle ist weiss, der Zusammenhang mehr oder weniger verloren und selbst die Stelle zuweilen bis zum breiigen Zerfliessen aufgelöst;

durch apoplectische Infarcirung: die Stelle ist roth in verschiedenen, meist schmuzigen Nuancen und zahlreiche Blutkörperchen befinden sich in Anhäufungen oder zerstreut zwischen dem zertrümmerten Gewebe. S. Blutextravasat;

in Folge entzündlicher Anschoppung (röthliche oder bleiche Erweichung): mit Blutkörperchen und Entzündungsproducten in der befallenen Stelle. S. partielle Encephalitis;

in Folge eiteriger Infiltration: gelbliche oder bleiche Erweichung der Stelle, an der bald nur zerstreut, bald in kleinen Herden Eiter sich findet. S. partielle Encephalitis;

in Folge des an infiltrirter Stelle eintretenden Schwundes des Gehirns bei betagten Subjecten: weisse Erweichung und Cellularinfiltration. S. partielle Encephalitis.

II. Die Erweichung des Gehirns kommt aber auch als ein eigenthümlicher, seinem näheren Verhalten nach noch dunkler Process vor, welcher vermuthlich eine Form des spontanen Absterbens der Substanz ist und wegen der dabei sich herstellenden Farbe der afficirten Stelle gemeiniglich als gelbe Erweichung im engeren Sinne bezeichnet wird.

Die gelbe Erweichung findet sich bald als primäre und einzige Störung im Gehirn, bald als consecutive. Sie tritt in beiden Beziehungen vornehmlich bei hochbetagten Subjecten oder im Verlaufe eines Siechthums oder auch nach erschöpfenden acuten Erkrankungen in jeder Lebensperiode ein. Consecutiv gesellt sie sich zu Entzündungsherden, zu Apoplexieen, Tumoren und stellt sich in der Art eines diese Störungen näher oder entfernter (zuweilen getrennt durch eine Streke roth erweichten Gewebes) umgebenden Hofes dar, oder findet sie sich an entfernteren, von der vorangegangenen Erkrankung intact gebliebenen Theilen.

Die gelbe Erweichung betrifft stets nur eine mehr oder weniger scharf umschriebene Stelle von der Grösse einer Bohne bis zu der eines Hühnereies und von rundlicher Form; nur ausnahmsweise sind mehrere gelberweichte Herde in einem Gehirn vorhanden, während andersartige Erweichungen daneben bestehen können. Sie findet sich vornehmlich im Grosshirn und überwiegend häufig in dessen Marklager, kommt jedoch auch im Kleinhirn, kaum jemals in der Hirnrinde und im Pons vor. — Bei geringen Graden ist die erkrankte Stelle feuchter, weicher und zeigt eine mattweisse, kaum gelbliche Färbung. Bei höheren Graden wird nicht nur die gelbliche Färbung, die Durchfeuchtung und Erweichung deutlicher, sondern es lässt sich durch Druk auf den Durchschnitten eine annähernd klare, gelbe, dünnflüssige Feuchtigkeit auspressen, welche sich auch in spontan entstehenden Lüken ansammelt und nach deren Entfernung die Hirnsubstanz zwar erweicht, aber in weissem Zustande zurükbleibt. In den höchsten Graden ist die Stelle in einen intensiv gelben, gallertartig zitternden Brei verwandelt, in welchem nur sparsame Trümmer der Gehirnsubstanz wahrzunehmen sind. Bei der microscopischen Untersuchung findet man Nervenfaserdetritus, Fett und Körnchenzellen, aber keine Eiterkörperchen und nur sehr sparsame Blutkügelchen. — In der Umgebung des Herdes kann jede Spur von Hyperämie oder Entzündungsproduct fehlen, jedoch kommen zuweilen kleine Extravasirungen vor. — In Folge dieses localen Processes ist das ganze Gehirn turgescirt und zwar in einem Grade, welcher zu dem geringen Umfang der erweichten Stelle überrascht. Diese Volumsvermehrung kann von Oedem des übrigen Gehirns abhängen; aber es scheint, dass die erweichte Stelle selbst einen grösseren Raum einnimmt als die ursprüngliche normale.

Ob die Symptome dieser Form der Hirnerweichung von denen anderer Erweichungen und partieller Encephaliten sich unterscheiden, ist noch zweifelhaft. Ebensowenig lässt sich bestimmen, ob dieselbe als eine absolut tödtliche Störung oder als eine Heilung zulassende anzusehen sei.

Diese Krankheitsform des Gehirns ist zuerst von Rokitansky (II. 824) von anderen Erweichungsformen des Gehirns abgetrennt und genau beschrieben worden. Er erklärt das Wesen dieses Processes für durchaus problematisch, vermuthet jedoch, dass die Veranlassung desselben in einer Obturation der Gefässe und damit in einer Behinderung und Aufhebung des Kreislaufs in einem Hirntheile bestehen möge, und ist geneigt, den Hergang in einem Freiwerden einer Säure (der Phosphorsäure und einer oder mehrerer Fettsäuren) zu suchen, wobei er sich auf die bemerkbare saure Reaction der Flüssigkeit im Erweichungsherde stützt.

4. Brand des Gehirns.

Hirnbrand kann nach Entblössung des Gehirns durch traumatische Entfernung der Deken eintreten, welcher Hergang Gegenstand der chirurgischen Betrachtung ist.

Ein primärer Hirnbrand ohne Verlezung ist bis jezt noch nicht beobachtet worden.

Ein secundärer Hirnbrand in Folge von putrider Infection ist mindestens ein seltenes Vorkommen und im Leben bis jezt niemals diagnosticirt.

Fälle von secundärem Hirnbrand sind in der neueren Zeit von Virchow (dessen Archiv V. 275) und von Günsburg (deutsche Klinik 1853 Nro. 21) beobachtet worden. Der Virchow'sche Fall betrifft ein 21jähriges, an Melancholia religiosa cum mania leidendes Mädchen, welches in den zwei lezten Lebensmonaten bis zwei Tage vor dem Tode hartnäkig sitophobisch war und in den lezten vier Lebenswochen die Erscheinungen von Lungengangrän darbot. Bei der Section fand sich in den Seitenwandungen des linken Ventrikels bei sonst normaler Structur derselben eine ziemlich ausgedehnte, missfarbige, schmuziggraue Stelle, deren Mitte eine geringe Menge einer leicht auslösbaren, weisslichen brökligen Masse enthielt. Am hinteren Umfang der grossen Hirnhemisphären fanden sich vier ähnliche Stellen, alle in der Art, dass in den tieferen Lagen der Pia, auf dem Grunde der Sulci, weissliche, zuweilen wie eiterig aussehende, leicht auszulösende, stinkende Brökel lagen, deren Umgebung, besonders die berührenden Theile der Hirnwindungen, gleichfalls missfarbig und schmuziggrau aussah. Die Brökel bestanden aus einem meist amorphen, körnigen Detritus, aus zahlreichen langen, spiessigen Fettkrystallen, aus unregelmässigen Pigmentmassen etc. Die bröklige Masse schien nur von den Hirnhäuten, nicht von der Hirnsubstanz, auszugehen, liess sich aber hie und da microscopisch bis ins Innere kleinerer Arterien der Pia verfolgen; die grösseren Hirnarterien und die Venen enthielten keine ähnlichen Massen. In der rechten Lunge drei ungefähr hühnereigrosse und, sowie in der linken, zahlreiche kleinere, meist peripherisch gelegene circumscripte feuchte Brandherde, welche microscopisch aus denselben Elementen bestanden, wie die Brandherde im Gehirn. An den Gefässhäuten nicht die geringste Fäulniss- oder Imbibitionserscheinung. — Der Günsburg'sche Fall betrifft ein geisteskrankes, seit Jahren an allgemeiner Parese leidendes Individuum, welches einen sehr ausgebreiteten und tiefen Decubitalbrand am Os sacrum bekam und an Symptomen von Hydrocephalus starb. Bei der Section fanden sich die Basis des Gross- und Mittelhirns, die Hirnschenkel und Sehhügel grünlichgrau und schwarz, ganz erweicht, von einer kleinbrökligen, aus Elementarkörnchen gebildeten Masse in grösster Nähe der flokigen Gefässreste imprägnirt; Sehhügel verkleinert; in den Ventrikeln ungefähr ℥iij klares Serum. Keine Lungengangrän. Hühnereigrosser Milzinfarct. In der Art. lienalis, hypogastrica sin., iliaca ant. sin. und in beiden Vertebralarterien kuglige Häufchen von Elementarkörnchen und spindelförmige Körperchen, welche kleine grumöse Theilchen, mit denen der Hirnbasis identisch, darstellten.

AFFECTIONEN DES SCHÄDELS UND DER ÄUSSEREN BEDEKUNGEN DESSELBEN.

I. AFFECTIONEN DES SCHÄDELS.

I. Der Schädel wird abnorm:

1) durch die Abnormitäten des Schädelinhalts;

2) durch Störungen, welche von der Haut aus auf ihn übergreifen;

3) primär, sei es durch traumatische Beeinträchtigungen, sei es durch spontane Krankheitsprocesse, welche leztere aber oft nur Folge constitutioneller Ursachen sind.

Die Krankheiten des Schädels gehören zwar herkömmlich in das Gebiet der Chirurgie und sollen daher hier nicht im speciellsten Detail abgehandelt werden. Aber sie verdienen trozdem auch für den sogenannten inneren Arzt eine mehrfache Beachtung:

1) da manche Krankheiten des Schädelinhalts Folgeprocesse von Affectionen des knöchernen Schädels sind (z. B. Meningitis von Caries des Felsenbeins);

2) da einzelne Störungen des Gehirns und seiner weichen Hüllen ganz oder theilweise aus den Veränderungen erkannt werden können, welche sie am knöchernen Schädel hervorbringen (Hirnhypertrophie, namentlich aber Hydrocephalie);

3) endlich da manche constitutionelle Krankheiten (Syphilis, zum Theil auch Scrophulose und Rhachitis) die Schädelknochen bald vorwiegend, bald wenigstens in derselben Intensität afficiren als andere Knochenabschnitte.

II. Die Aeusserungen und Folgen der Störung des Schädels lassen sich auf folgende gemeinschaftliche Verhältnisse zurükführen, welche jedoch nicht bei allen Schädelkrankheiten realisirt sind:

1) Mechanische Verhältnisse: Veränderungen der äusseren Form, der Consistenz;

2) Schmerzen;

3) Verminderung oder Aufhebung des Schuzes für das Gehirn: bei offenen Fontanellen und Suturen, bei Erweichung, bei Caries;

4) Beeinträchtigung der Hirnhäute und des Gehirns durch Druk, durch Hervorrufung von secundären Entzündungen und von Schwund;

5) Beeinträchtigung der benachbarten Organe durch Dislocation (Druk und Zerrung) und durch Uebergreifen der Processe auf sie; besonders wichtig ist in dieser Beziehung die Beeinträchtigung des Auges, des Gehörorgans, des Facialis (bei Felsenbeinkrankheiten), des Quintus (selten), der Nase, des Gaumens; ferner die Entstehung von Hautentzündungen und oberflächlichen Verjauchungen mit allen ihren Folgen;

6) Wirkung auf die Allgemeinconstitution, welche jedoch nur selten direct erfolgt, am ehesten bei Verjauchung (Pyämie).

A. ANOMALIEEN DER BILDUNG UND OSSIFICATION DER SCHÄDELKNOCHEN.

1. Anomalieen der Grösse des Schädels.

a) Die regelwidrige Grössenzunahme des Schädels ist meist angeboren (angeborener Hydrocephalus, Hirnhypertrophie), selten erworben (Hydrocephalus acquisitus des kindlichen Alters, eigentliche Knochenwucherung). Sie ist entweder gleichförmig über den ganzen

Schädel verbreitet, oder ungleichförmig und betrifft dann nur einzelne Theile desselben. S. das Nähere bei den Causalprocessen.

b) Die regelwidrige Kleinheit des Schädels findet sich gleichfalls entweder angeboren: bei angeborener Gehirnkleinheit, bei den höheren Graden des angeborenen Blödsinns; oder sie ist erworben: bei partieller oder totaler Schrumpfung des Gehirns, welche bald Folge des ans Normale grenzenden Involutionsprocesses im höheren Greisenalter ist, bald durch Krankheiten des Schädelinhalts mit Verkümmerung des lezteren herbeigeführt wird, sowie bei vorzeitiger Schliessung der Schädelnäthe u. s. w. Sie betrifft bald den ganzen Schädel, bald nur einzelne Theile desselben: im lezteren Falle bald den Hirnschädel allein (Krankheiten mit Schrumpfung des Gesammthirns im Kindesalter), bald den Gesichtsschädel allein (Hydrocephalus congenitus); bald nur einzelne Theile des Hirnschädels, bald nur einzelne Abschnitte des Gesichtsschädels (geringerer Höhendurchmesser des Gesichts im Greisenalter als Folge des Verlustes der Zähne und Atrophirens der Kiefer, Atrophie einer Gesichtshälfte nach lange bestandenen Neuralgieen und bei Lähmungen des Facialis und des Trigeminus, Einsinken der Orbita bei Atrophie des Bulbus).

2. Anomalieen der Form des Schädels.

Unregelmässige Schädelformen sind so gemein, dass sie noch nicht an sich als abnorm angesehen werden können und es liegt das krankhafte Verhalten nur in dem Grade der Irregularität.

Ebendarum kann auch keine Grenze zwischen normalem und abnormem Schädelbau festgesezt werden. Es kommen daher hier die Formanomalieen des Schädels nur insoweit in Betracht, als sie mehr oder weniger ins Gebiet des Pathologischen fallen.

Die Formverschiedenheiten des Schädels sind bald angeborene Zustände, welche zum Theil noch in das Gebiet des relativ Normalen fallen, zum Theil aber dieses überschreiten und in lezterem Falle gewöhnlich von angeborenen Anomalieen des Schädelinhalts abhängen, bald erworbene.

Bei den erworbenen Formanomalieen war entweder schon zur Zeit der Geburt eine Disposition zu dem Eintreten der bestimmten Schädelform vorhanden (angeborener Hydrocephalus, angeborener Blödsinn); oder die eigenthümliche Schädelgestaltung ist Folge eines früher oder später zur Wirkung kommenden Processes, welcher leztere dann bald eine traumatische Ursache, selbst schon bei der Geburt hat, bald Folge einer Krankheit der Schädelknochen (Craniotabes), bald einer solchen des Gehirns und seiner Hüllen (Hydrocephalus, Hirnhypertrophie) ist. Manche Difformitäten hängen von abnormer und ungleicher Verwachsung der Näthe ab.

Unter den Formanomalieen selbst sind, wenn wir von den Schädeln der Monstrositäten, welche lebensunfähig sind oder nur kurze Zeit leben, absehen, namentlich hervorzuheben:

der zu grosse und der zu kleine Schädel; s. oben;

der abnorm breite Schädel;

der abnorm spize Schädel;

der scoliotische Schädel, welcher in seinen höheren Graden immer angeboren ist und entweder aus der rudimentären Entwiklung eines Hirnabschnitts oder aus dem zu frühzeitigen Verwachsen der Schädelnäthe

einer Seite hervorgeht; sein Wesen besteht darin, dass die beiden seitlichen Schädelhälften um den senkrechten Schädeldurchmesser verschoben sind; in höheren Graden ist er immer mit einer Scoliose des Gesichts combinirt;

der schrägverengte Schädel, eine Abart des vorigen;

der hydrocephalische Schädel; s. Hydrocephalus.

Die Formanomalieen einer begrenzten Schädelstelle siehe bei den einzelnen Schädelkrankheiten.

Viele dieser Formanomalieen des Schädels sind ohne besondere Folgen; bei andern findet sich, auch ohne dass weitere anatomische Erkrankungen des Gehirns vorhanden sind, eine Beschränkung oder Verkehrtheit der psychischen Functionen und eine Neigung zu Krampfformen (namentlich Epilepsie).

3. Anomalieen der Schädelnäthe.

1) **Die zu frühzeitige Schliessung der Näthe und der Fontanellen** hat nur dann besondere Bedeutung, wenn sie im Fötalleben und in den ersten Jahren der Kindheit vorkommt. Sie hindert das Wachsthum des Schädels und des Schädelinhalts.

Die vorzeitige Schliessung der Näthe kommt sowohl angeboren als erworben vor. Zuweilen nämlich verschmelzen im Greisenalter einzelne Näthe, namentlich die Kranznath an ihrer dem Gehirn zugekehrten Fläche, — eine Erscheinung, welche nur insofern von Bedeutung ist, als sie den Nuzen der Nathverbindung der Schädelknochen mehr oder weniger aufhebt. Ungleich wichtiger ist der vorzeitige Verschluss der Näthe im Fötal- und Säuglingsleben. Dieser betrifft bald die sämmtlichen Näthe des Schädels, bald nur die eine oder andere Nath. In beiden Fällen findet sich an der Stelle der Nath ein kantenartig prominirender, verschieden hoher Knochenwulst. Im ersteren Falle bleibt der Schädel im Ganzen kleiner, behält aber die regelmässige Proportion seiner einzelnen Abschnitte; im andern Falle entstehen verschiedene Formanomalieen, in der Weise, dass der der vorzeitig sich schliessenden Nath entgegengesezte Schädelabschnitt sich ungleich mehr entwikelt, als die Umgebung des abnorm früh verknöcherten Schädeltheiles.

2) **Die zu späte Schliessung der Näthe und der Fontanellen** ist häufig Folge einer abnormen Vergrösserung des Schädelinhalts in der Zeit der ersten Entwiklung. In geringeren Graden findet sich diese Abnormität bei Hirnhypertrophie, in höheren Graden bei Hydrocephalie. S. diese Affectionen.

3) **Die Wiedereröffnung der Näthe** ist ein seltenes Vorkommniss. Sie ist bald Folge traumatischer Schädlichkeiten und gehört dann in das Gebiet der Chirurgie; bald kommt sie in Folge von Volumszunahme des Schädelinhalts (bei hohen Graden von Hirnhypertrophie und namentlich bei Hydrocephalie) vor; bald endlich scheint sie sich spontan entwikeln zu können und durch eine Krankheit der Schädelnäthe oder ihrer nächsten Umgebung bedingt zu sein.

Die spontane Nathtrennung wurde neuerdings von Carus (Berichte über die Verhandl. der K. Sächs. Gesellschaft der Wissenschaften zu Leipzig 1849) und von Zeis (Beob. u. Erfahr. aus dem Stadtkrankenhause zu Dresden 1852) beobachtet. Der Carus'sche Fall betrifft ein scrophulöses Mädchen, welches seit dem neunten Jahre an einem Kopfausschlage litt, der nach zwei Jahren sich besserte, aber die Stirn befiel; gleichzeitig traten Kopfschmerzen ein, die Stirnnath sowie die Vereinigungsstelle des rechten Nasenbeins mit dem Stirn- und rechten Oberkieferbeine sank ein, der rechte Nasenflügel atrophirte. Im 13ten Jahre, wo Carus das Mädchen sah, bemerkte man auf der Stirn eine Rinne, dem Laufe der Stirnnath ent-

sprechend, deren beide Ränder aufgewulstet und verdikt waren. Nach der Gegend der ehemaligen grossen Fontanelle zu bildete der Boden der Spalte eine breitere Fläche, in deren Tiefe man aber vollkommene Verknöcherung fühlte. Die Spalte liess sich nach abwärts bis zum Nasenbein verfolgen. Ausserdem bemerkte man noch eine gleichfalls aufgewulstete Nebenspalte des rechten Stirnbeins von der Gegend der Nasenwurzel nach rechts und oben. Gesichtshälfte, besonders aber Nase, Nasenflügel und Nasenloch rechterseits weniger entwikelt. Ausser häufigen Anfällen von Kopfschmerzen keine besonderen Störungen. Als Carus später das Mädchen wiedersah, war sie vollkommen kräftig, der Kopfschmerz verschwunden, die Abnormität der Schädelknochen aber war zurükgeblieben, die Haut über dem oberen Ende der Stirnnath war haarlos. — In dem Falle von Zeis, welchen ich selbst sah, entstand bei einem 20jährigen hysterischen, zu Simulationen aller Art geneigten Mädchen, das häufig an Kopfschmerz und Convulsionen namentlich der rechten Körperhälfte gelitten haben wollte, in der Mittellinie des Scheitels eine mehrere Zoll lange, schmale, eiternde Spalte, aus welcher im Laufe von neun Monaten 63 kleine necrotische Knochenstükchen ausgestossen wurden, von denen aber mindestens 40 Thierknochen waren. Nichtsdestoweniger kann der ganze Fall nicht als reiner Betrug angesehen werden. Von der Wundstelle aus fühlte man durch die normale Haut hindurch nach dem Gesicht zu und der Stirnnath entsprechend eine strohhalmbreite Rinne; nach dem Hinterhaupte zu ging von der Wundstelle aus gleichfalls eine flache, gegen zwei Zoll breite, nach hinten sich verschmälernde Einsenkung. Die Haare fehlten nur an der Wundstelle. Das linke Scheitelbein war nach vorn hin mehr abgeflacht als das rechte.

4. Die allgemeine Hyperostose des Schädels.

Die allgemeine Hyperostose des Craniums entsteht bald durch öfter sich wiederholende Hyperämieen des Craniums und des Pericraniums, durch Entzündungen dieser Theile, welche ein ossificirendes Exsudat sezen, durch die rhachitische Knochenaffection, bald ist sie Folge constitutioneller Krankheiten, namentlich der Syphilis, der cretinösen Erkrankung, der Scrophulose.

Bei der allgemeinen Hyperostose des Craniums ist der Schädel im Ganzen plumper und schwerer. Die äussere Schädeloberfläche ist uneben, rauh, in höheren Graden baumrindenähnlich. Die innere Oberfläche bietet dasselbe Ansehen, aber meist in geringerem Grade dar. Die Suturen sind undeutlich und namentlich an der inneren Schädelfläche nicht selten ganz geschwunden. Die Knochenfortsäze an beiden Schädelflächen sind grösser und massiger, die Gruben für die Hirntheile kleiner, selbst ganz ausgeglichen; die Gefässfurchen sind tiefer und zuweilen verlaufen die Gefässe stellenweise in wirklichen Canälen. Die Oeffnungen für die Arterien und Venen und auch das Foramen magnum sind kleiner. In höheren Graden ist die ganze Schädelhöhle verengt. Die Dike des Schädels ist überall, namentlich am Hinterhaupt, beträchtlich vermehrt, beträgt stellenweise einen bis selbst zwei Zolle. Auf dem Durchschnitte der Knochen ist die Diploë ganz geschwunden und durch eine der Rindensubstanz ähnliche oder selbst elfenbeinartige Masse ersezt.

Die Symptome dieser Krankheit, deren höhere Grade nur selten beobachtet werden, bestehen in Erscheinungen von Hirnreizung (heftige und continuirliche Kopfschmerzen, zuweilen Convulsionen), später in solchen des Hirndruks (Lähmungen einzelner Sinnesorgane, der Intelligenz, des ganzen K[illegible]

Ein[illegible] der Krankheit erst in den höheren [illegible] Erfolg.

Einzelne Fälle dieser practisch ziemlich unwichtigen Störung finden sich citirt bei Förster (Handb. der spec. path. Anatomie. 734).

5. Die Dünnheit und die Erweichung der Schädelknochen.

Die Dünnheit des Schädels findet sich:

im Greisenalter als theilweise normaler Involutionsprocess an den höchsten Stellen der Ossa parietalia und besteht in einfachem Schwunde der Diploë und Aneinanderlagerung der äusseren und inneren Knochenlamelle;

beim hydrocephalischen Schädel;

durch Usur bei drükenden Geschwülsten, bei später entstandener chronischer Hydrocephalie, bei pacchionischen Körpern etc.

Die Erweichung des Schädels kommt bei der allgemeinen Osteomalacie vor, welche aber von allen Knochen des Scelettes den Schädel immer am wenigsten afficirt, und bei der sogenannten Craniotabes, welche, wie es scheint, die Form und Localisation der Rhachitis des frühesten Kindesalters ist.

Die Erweichung des Hinterkopfs macht in manchen Fällen gar keine Erscheinungen. Ist der Zustand weiter vorgeschritten, so kann die Consistenzverminderung durch die Palpation erkannt werden; ausserdem lässt sie die Möglichkeit eines Drukes von äusseren Gegenständen auf das Gehirn, eines Drukes bei der Rükenlage zu, kann dadurch Veranlassung zu Schmerz, Unruhe, zu convulsivischen und soporösen Erscheinungen, vielleicht auch zu Erstikungskrämpfen geben und den Tod herbeiführen. Endlich wirkt die Erweichung nachtheilig durch die in Folge derselben eintretende Verbildung des Schädels.

Ein wesentliches ätiologisches Moment der Craniotabes ist nicht bekannt. Sie scheint in manchen Ländern gar nicht oder höchst selten vorzukommen, vielleicht auch nicht sorgfältig genug gesucht worden zu sein, während sie anderwärts, z. B. in dem District, wo sie Elsässer zuerst beobachtete, besonders häufig war. Nicht selten wurden mehrere Kinder derselben Familie von der Krankheit befallen: unter den 31 Fällen von Elsässer waren fünf Geschwisterpaare, von den übrigen 21 hatten bei drei ältere Geschwister wahrscheinlich daran gelitten. Am häufigsten werden die Kinder zwischen dem fünften bis zehnten Monat von der Krankheit ergriffen, seltener tritt sie in noch früherer Zeit ein, doch ist ihr Ausbruch auch im zweiten und selbst dritten Lebensjahre keine Seltenheit. Knaben scheinen in etwas grösserer Disposition zu stehen als Mädchen. Am häufigsten werden schwächliche, magere, blasse, körperlich und geistig schlecht entwikelte Kinder von der Krankheit befallen; doch verschont sie auch kräftige, gut genährte und entwikelte Kinder nicht. Sie tritt um so leichter ein, wenn die Kinder schon an andern, besonders chronischen Krankheiten, namentlich an Störungen der Digestions- und Respirationsorgane leiden. Dürftig und unpassend genährte, insbesondere künstlich aufgefütterte Kinder, Kinder armer Leute, solche, die hinsichtlich der Reinlichkeit und des Aufenthaltsortes vernachlässigt sind, stehen in weiterer Disposition.

Zu Anfang des Processes werden die Knochen des Schädels dünner, weicher und biegsamer, sie lassen sich pergamentartig eindrüken; die äussere und in geringerem Grade die innere Oberfläche des Knochens wird rauh und porös, die Knochensubstanz im Ganzen wird weicher und blutreicher, das Periost verdikt sich, wird undurchsichtig, gleichfalls blutreicher und hängt dem unterliegenden Knochen fester an. Nach verschieden langer Dauer dieser Veränderungen bemerkt man eine wesentliche Verschiedenheit derselben an der vorderen und hinteren Schädelgegend. Während nämlich der Vorderschädel die genannten Veränderungen auch im Fortgang der Krankheit beibehält, dabei namentlich zuweilen eine sehr bedeutende Verdikung seiner Knochen zeigt, bilden sich am hinteren Schädeltheil entsprechend den Erhabenheiten und Vertiefungen der Gehirnoberfläche Vertiefungen und Erhöhungen

aus; in den ersteren wird die Knochenmasse allmälig dünner und verschwindet zuerst an einzelnen Punkten, wodurch ein siebartiges Aussehen des Knochens zustandekommt; der Schwund nimmt allmälig zu und zulezt entstehen meist unregelmässige oder ovale, seltener runde Löcher und Lüken in verschiedener Anzahl (selbst bis 30) und von verschiedener Grösse (1—6''' und darüber im Durchmesser); in ihnen ist das verdikte Periost und die Dura trommelfellartig ausgespannt. Diese Veränderungen betreffen die Tubera wenig oder gar nicht, sind am frühesten und stärksten in den Knochentheilen längs der Sutura lambdoidea, etwas stärker im Hinterhauptstheil als im Scheitelbeintheil derselben, vorhanden, können aber an jeder beliebigen Stelle des Hinterschädels zustandekommen. — In günstigen Fällen kann jezt noch Heilung eintreten, indem die Knochen im Ganzen fester werden und in dem Raume zwischen Periost und Dura neue Knochenablagerungen stattfinden, welche einen Verschluss der Löcher bewirken. In ungünstigen Fällen hingegen schreitet die Verdünnung über immer weitere Abschnitte fort, die Knochensubstanz auch am übrigen Schädel wird weicher und zulezt selbst schneidbar. Der Schädel im Ganzen wird dabei in verschiedener Weise difform und je nach der Lage, welche das Kind während der Krankheit vorzugsweise einnimmt, bald scoliotisch, bald quer verengt, bald in der Hinterhauptsgegend platt gedrükt. Das übrige Knochensystem zeigt bei geringen Graden der Krankheit keine Abnormität, in den höheren ist der Thorax seitlich zusammengedrükt und in der Sternalgegend kielartig vorgebuchtet, die Epiphysen der Röhrenknochen sind angeschwollen. Im Schädelinhalt findet sich zuweilen Hyperämie oder Entzündung der Hirnhäute und des Gehirns.

Im Beginn der Krankheit wird das Kind unruhig, bewegt den Kopf hin und her, schreit viel, schläft unruhig, ist sehr schrekhaft und schwizt sowohl am ganzen Körper als besonders am Hinterkopfe stark. Diese Symptome sind am auffallendsten und vorzugsweise des Nachts vorhanden und Kinder, welche während dieser Zeit sehr leidend erscheinen, befinden sich am Tage zuweilen vollkommen wohl. Allmälig wird nun die Unruhe grösser und namentlich so oft die Kinder auf den Rüken gelegt werden, fangen sie an zu schreien und den Kopf hin und her zu drehen, beruhigen sich aber alsbald, wenn sie auf die Seite gelegt oder im Zimmer umhergetragen werden, wobei sie die Stirn meist an die Brust der sie tragenden Person stüzen; beim Baden und Ankleiden, sowie bei allen Proceduren, wobei der Hinterkopf berührt oder gedrükt wird, fängt die Unruhe und das Schreien sogleich wieder an. Wenn man auch aus allen diesen Symptomen die Krankheit mit grosser Wahrscheinlichkeit vermuthen kann, so wird die Diagnose doch erst sicher durch die manuelle Untersuchung des Kopfes: das Hinterhaupt ist merklich weicher geworden und lässt sich kartenblattähnlich eindrüken, wobei das Kind deutliche Schmerzensäusserungen von sich gibt; in höheren Graden und bei nicht zu grosser Weichheit der Knochen kann man auch die Lüken desselben deutlich fühlen. Um diese Zeit treten meist Krampfanfälle verschiedener Art auf. Diese bestehen entweder in clonischen Convulsionen oder und häufiger in tetanischen Krämpfen. Ihre Dauer ist verschieden und schwankt zwischen einigen Secunden bis zu einer halben Stunde; sie treten bald täglich ein oder mehrere Male ein, bald sezen sie Wochen lang und noch länger aus. Die tetanischen Convulsionen sind häufig mit Störung oder selbst vollständiger Aufhebung der Athembewegungen verbunden nach Art des Kopp'schen Asthmas: mit oder ohne vorausgehenden Schrei werden die Muskeln des Gesichts, der Augen, des Rükens und der Extremitäten starr contrahirt, die Respiration stokt ganz, das Kind wird kalt, die Haut bläulich, das Gesicht livid; nach verschieden langer Zeit erschlaffen die vorher gespannten Muskel, das Kind macht mühsame, schnelle Exspirationen und langsame Inspirationen; bald darauf schläft es gewöhnlich ein. Endlich zeigen die Kinder häufig eine Reihe von Störungen, welche der Krankheit nicht eigenthümlich, sondern Folge der constitutionellen Störung sind: welke, schlaffe Haut, die bald mehr troken und spröd ist, bald fast beständig schwizt, magere Musculatur, einen kielartigen Thorax, verkrümmte Extremitäten, langsamen Zahndurchbruch, gestörte Digestion etc. — Nach monate-, selbst jahrelangem Verlauf endet die Krankheit entweder in Genesung, wobei alle krankhaften Zufälle allmälig verschwinden, die erweichten Schädelknochen normal hart, die Schädellüken ausgefüllt werden und zuweilen eine mehr oder weniger abnorme Form des Schädelgehäuses zurükbleibt, — oder in den Tod, welcher immer durch secundäre Störungen, namentlich durch die Suspension der Athembewegungen bei den asthmatischen Anfällen, durch die Convulsionen, zuweilen auch durch die Entzündung des Hirns und seiner Häute herbeigeführt wird. Beide Ausgänge sind ungefähr gleich häufig.

Für die Dünnheit des Schädels gibt es keine Therapie. Bei der Craniotabes ist jeder Druk auf die kranke Stelle zu vermeiden, auf die

Constitution zu wirken durch entsprechende Nahrung, milde Eisenmittel, Kalkpräparate und sind etwaige Complicationen zu beseitigen.

Ueber die Craniotabes vergl.: Elsässer (Der weiche Hinterkopf 1843, — die erste, auf 31 Beobachtungen basirte Abhandlung der Krankheit; von demselben: Zur Verständigung über den weichen Hinterkopf. Im Arch. für physiolog. Heilkunde. VII. 295); Schlossberger (Ebendas. VIII. 69), welcher die craniotabischen Schädelknochen chemisch untersuchte; Virchow (Arch. für patholog. Anat. etc. V. 4), welcher genaue histologische Untersuchungen des Processes machte.

B. DIE ENTZÜNDUNG, EXSUDIRUNG, CARIES UND NECROSE DER SCHÄDELKNOCHEN.

Die Entzündung, die Exsudirung, die Caries und die Necrose der Schädelknochen entstehen entweder und am häufigsten nach Verlezungen derselben, oder sie gehen von den darüber liegenden Weichtheilen aus (Haut, subcutanes Zellgewebe), oder sie werden in seltenen Fällen durch Eiterungsprocesse des Schädelinhalts (Gehirnabscess) hervorgerufen; selten gehen sie vom Knochen selbst aus und verdanken dann wohl stets constitutionellen Störungen (Syphilis, Scrophulose) ihre Entstehung. Bei tuberculösen Individuen kommt eine tuberkelartige Infiltration des Felsenbeins vor, welche eine häufige Ursache der Caries dieser Knochenpartie ist.

Die genannten Processe können an jeder Stelle des Schädels vorkommen, sind aber am häufigsten und wichtigsten am Felsenbein. Sie werden besonders dann von grosser Bedeutung, wenn der Eiter den Facialis zerstört oder wenn er seinen Weg nach dem Innern des Schädels nimmt, in welchem Falle sie vorzugsweise häufig einfache Meningiten oder partielle Encephaliten hervorrufen.

Diese Processe sind an den Schädelknochen nicht wesentlich verschieden von denselben Störungen anderer Knochen. S. daher Knochenkrankheiten. — Die nach aussen sich öffnenden Eiterungen des Knochens sind herkömmlich Gegenstand der chirurgischen Betrachtung, wesshalb hier auf die betreffende Literatur verwiesen werden kann. — Ueber die Folgen der nach innen vordringenden Eiterungen der Schädelknochen s. purulente locale Meningitis.

C. WUCHERUNGEN UND GESCHWÜLSTE DER SCHÄDELKNOCHEN.

1. Die Exostosen und die Osteophyten der Schädelknochen.

Die Exostosen der Schädelknochen und die Osteophyten derselben kommen ziemlich häufig vor und haben im Wesentlichen ähnliche ätiologische Momente, wie die Hyperostose des Schädels (am häufigsten Syphilis, vielleicht auch Mercurialaffection und Gicht). Die Osteophyten finden sich überdem häufig nach lange bestandenen chronischen Exanthemen, Geschwüren und Neubildungen der Kopfhaut, als Residuen oder im Umkreis von traumatischen Processen, namentlich des Cephalämatoms und der verschiedenen Knochenneubildungen, insbesondere des Krebses des Schädels; sie kommen ferner in der Umgebung usurirter, cariöser und necrotischer Schädelstellen vor; endlich bilden sie sich häufig während der Schwangerschaft und werden ungefähr bei der Hälfte aller Leichen von Schwangern und Wöchnerinnen beobachtet, mag die Todesursache gewesen sein, welche sie will.

Die Exostosen und die Osteophyten kommen bald nur an der äusseren Schädelfläche, bald nur an der inneren (namentlich das puerperale Osteophyt), bald an beiden zugleich vor. Beide betreffen hauptsächlich das Stirnbein und die Scheitelbeine.

Ueber die Exostosen der äusseren Schädelfläche s. Syphilis und Knochenkrankheiten. Sie zeichnen sich zum Theil durch ihre höchst seltsamen Gestaltungen aus (splitteriger, stachlicher, poröser Bau, mit Poren, tausendfach durchlöcherten Stacheln etc. etc.).

Die Exostosen der Innenfläche des Schädels können, namentlich bei rascherem Wachsthum, Affectionen der Dura, der weichen Hirnhäute und des Gehirns selbst zur Folge haben (Entzündungen dieser Theile, locale Atrophie des Gehirns). Ihre Diagnose ist meist unmöglich, und nur bei gleichzeitigem Vorhandensein anderer syphilitischer Processe, namentlich von Exostosen an der Aussenfläche des Schädels, neben heftigen, lange bestehenden und namentlich um Mitternacht exacerbirenden Schmerzen an einer ganz beschränkten Stelle des Schädels lässt sich ihr Dasein vermuthen.

Das puerperale Osteophyt kommt namentlich an der Innenfläche des Schädeldachs, in geringerer Mächtigkeit aber zuweilen auch auf der Schädelbasis und an der Aussenfläche seiner Convexität vor. Am entwikeltsten ist es immer längs der Gefässe und in der Nähe der Nathverbindungen, fehlt dagegen meist auf den Juga cerebralia. — Es gehört zu den sammetähnlich-villösen Knochenneubildungen und wird vom fast unmessbar Dünnen bis $^1/_2$, 1‴ und selbst darüber dik. Bei wiederholten Schwangerschaften finden sich zuweilen mehrere Lagen, welche bald einfach über einander liegen, bald jedesmal durch eine Schicht diploëähnlicher Substanz von einander getrennt sind: auf diese Weise kann schliesslich eine wahre Hyperostose des Schädels entstehen. — Die Osteophyten der Schwangern und Wöchnerinnen rufen vielleicht in manchen Fällen und bei grösserer Ausbreitung und Dike die habituellen Kopfschmerzen während der Schwangerschaft, die Manie und Eclampsie der Schwangern, Gebärenden und Wöchnerinnen, sowie manche anatomische Störungen (Meningiten) hervor. Ihre Gegenwart während des Lebens kann höchstens vermuthet werden.

Die aus andern Ursachen entstehenden Osteophyten sind nur von pathologisch-anatomischem Interesse.

Die Therapie der Exostosen und der Osteophyten besteht in Beseitigung der causalen Verhältnisse, soweit das überhaupt zulässig ist, und in symptomatischen Verfahrensweisen.

S. übrigens alles Nähere bei den Affectionen der Knochen und bei Syphilis.

2. Parasitgeschwülste der Schädelknochen. Krebs.

In den Schädelknochen finden sich alle Arten von Geschwülsten, welche überhaupt in den Knochen vorkommen, doch sind sie seltener als in den meisten übrigen Theilen des Scelettes. Von besonderem Interesse und von häufigerem Vorkommen ist der Krebs des Schädels.

Der primäre Krebs der Schädelknochen kommt in jedem Lebensalter und bei jedem Geschlecht vor. Ursachen seiner Entstehung sind in den

meisten Fällen unbekannt. In manchen Fällen trat er nach Verletzungen des Schädels auf. — Ausserdem kommt er secundär vor durch Weiterschreiten von Krebsen der äusseren Haut, des Auges, der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, des Schädelinhalts auf den Knochen.

Der Krebs der Schädelknochen kommt äusserst selten als infiltrirter und als alveolarer, häufiger als fibröser, am häufigsten als medullarer vor. Er befällt häufiger das Gewölbe als die Basis des Schädels, kann aber von jeder Stelle, ebensowohl von der Diploë als von der äusseren oder inneren Knochentafel seinen Ursprung nehmen. Er findet sich bald einfach, bald kommen in demselben Schädel mehrere und selbst viele Carcinome vor, bald bestehen an andern Stellen des Körpers, namentlich in andern Knochen und in der Dura, ähnliche Neubildungen.

Der erste Anfang der Schädelkrebse stimmt in Allem mit den Knochenkrebsen anderer Stellen überein. Im weiteren Verlauf gestalten sich die Verhältnisse je nach dem Ausgangspunkte desselben verschieden. Geht der Krebs von der Diploë aus, so werden die peripherischen Knochentafeln immer weiter von einander entfernt, verdünnt und endlich werden beide oder häufiger nur eine, namentlich die äussere, durchbrochen, wodurch das Aftergebilde mit dem äusseren Periost oder der Dura in unmittelbaren Zusammenhang kommt. Geht der Krebs von der äusseren Knochentafel des Schädels aus, so ist sein Wachsthum ein vorzugsweise excentrisches und die von ihm nach innen gelegenen Theile bleiben zuweilen ganz intact, während Krebse, welche von der Tabula vitrea ausgehen, meist ausschliesslich nach der Schädelhöhle zu wachsen. — Die besonderen Eigenschaften des Krebses sind im Ganzen dieselben, von wo er auch seinen Ursprung nahm. Sein Volumen ist verschieden, zuweilen nur haselnussgross, meist aber erreicht er die Grösse eines Hühner- bis Gänseeies und kann selbst bis zum Umfange eines Mannskopfes wachsen. Seine Consistenz zeigt alle Uebergänge von Knochen- und Knorpelhärte bis zu gehirnähnlicher Weichheit: diess gilt nicht nur von verschiedenen Krebsen, sondern selbst ein und derselbe kann an verschiedenen Stellen solche Differenzen zeigen. Die Farbe des Krebses zeigt alle Nuancen vom Hellweissen, Röthlichen und Dunkelrothen, je nach seinem Gehalt an Gefässen und der Anfüllung derselben mit Blut: der Gefässgehalt ist zuweilen so bedeutend, dass die ganze Geschwulst nur aus solchen zu bestehen scheint (sogenannter Fungus haematodes); oft finden sich Blutextravasate in dem Tumor. In vielen Fällen treten in der Geschwulst und um dieselbe zahlreiche Knochenbildungen auf: diese sind entweder durch die reactive Entzündung der Schädelknochen und des Periosts im Umkreis des Tumors bedingt und stellen verschieden gestaltete Osteophytbildungen dar, oder sie sind Fragmente der durch das Wachsthum der Geschwulst fracturirten äusseren oder inneren Knochentafel des Schädels; die Knochenbildungen im Innern des Krebses verdanken einer mehr oder weniger ausgedehnten Ossification dessen Bindegewebsstromas ihren Ursprung und stellen in exquisiten Fällen ein knöchernes Gerüst dar, in dessen Maschen die weichen Theile des Krebses eingebettet sind (sogenanntes bösartiges Osteoid).

Der Krebs der Schädelknochen kann nach aussen oder innen eine bedeutende Grösse erreicht haben, ohne durch andere Zeichen als die der Vorwölbung sich zu erkennen zu geben.

In den meisten Fällen ist der Krebs mindestens so lange symptomlos, als er sich noch innerhalb des Knochens befindet oder doch die äussere oder innere Knochentafel nicht merklich emporhebt. Indessen können schon in dieser Zeit Schmerzen verschiedener Art oder mannigfache eigenthümliche Sensationen an der Stelle desselben bestehen. Im weiteren Verlauf gestalten sich die Symptome verschieden, je nachdem die Geschwulst nur nach aussen oder nur nach innen wächst oder gleichzeitig beide Richtungen des Wachsthums einnimmt.

Entwikelt sich der Krebs vorzugsweise oder allein nach aussen, so kann nach längerem einflusslosem Bestehen einer harten Geschwulst die Haut durchbrochen werden und ein offenes Krebsgeschwür sich herstellen.

Es entsteht an irgend einer Stelle des Schädels, und wenn schon vorher Schmerzen vorhanden waren, meist dem Size derselben entsprechend, eine kleine, flache, unbewegliche Geschwulst von ziemlicher Härte; die Haut über derselben ist unverändert, Druk darauf meist schmerzlos. Die Geschwulst wächst bald schnell, bald langsam, wird dabei in ihrer höchsten Höhe meist weicher, während der Umfang die frühere Consistenz beibehält. Bei noch weiterem Wachsthum wird die Verschiedenheit der Consistenz noch auffallender: man fühlt neben weichen, selbst fluctuirenden Stellen andere, die fester und selbst solche, die knochenhart sind. Die Geschwulst selbst ist dabei meist gleichmässig rund oder oval, zuweilen auch mit kleineren Geschwülsten besezt. Die Haut über der Geschwulst zeigt sich schon ziemlich frühzeitig nicht verschiebbar, indem sie an die unterliegenden Theile angelöthet wird; sie verdünnt sich allmälig, die Haare dieser Hautstelle werden sparsamer, die darunter gelegenen Venen scheinen deutlich durch, auch die Gefässe im weiteren Umkreis der Geschwulst sind ausgedehnt und bilden oft ein grobes Nez um dieselbe. Der Rand der Geschwulst ist meist nicht streng umgrenzt, der umgebende Knochen fühlt sich verschiedenartig rauh an. Die subjectiven Empfindungen beginnen zuweilen jezt erst; waren sie schon länger vorhanden, so werden die Schmerzen um diese Zeit meist heftiger und anhaltender. Das Allgemeinbefinden des Kranken kann bis jezt noch ganz normal gewesen sein. Nach kürzerer oder längerer Zeit, zuweilen nach vorausgegangenem schnellem Wachsthum, durchbricht die Geschwulst die über ihr liegende Haut und kommt so in Berührung mit der Luft. Sie stellt dann eine verschieden grosse, missfarbige Wundfläche dar, auf welcher einzelne Granulationen rasch wuchern, während ein anderer Theil brandig abstirbt; jezt treten häufig Blutungen, zuweilen sehr copiöser Art, aus der Wundfläche ein. Das Allgemeinbefinden des Kranken verschlimmert sich immer mehr in der bei offenen Krebsen anderer Körperstellen eigenthümlichen Weise und endlich tritt der Tod ein, bald durch Erschöpfung, bald durch oft plözlich eintretendes Wuchern der Geschwulst nach innen, bald durch Krebs anderer Organe, bald durch complicirende Krankheiten.

Bei Knochenkrebsen, welche vorzugsweise nach innen wuchern, sind die Symptome denen ähnlicher Neubildungen der Dura analog.

Endlich können die Krebse auch gleichzeitig nach aussen und nach innen wachsen, wobei die Erscheinungen auf eine selbstverständliche Weise complicirt sind.

Beim secundären Krebs der Schädelknochen ist der Verlauf, nachdem die angrenzende Krebsgeschwulst den Knochen inficirt hat, nicht anders als beim primären.

Die Dauer der Krankheit ist verschieden, namentlich nach der anatomischen Beschaffenheit des Krebses. Sie schwankt zwischen einigen Monaten und mehreren Jahren.

Der Ausgang ist immer ein lethaler.

Die Therapie ist chirurgisch.

Die Diagnose eines Schädelcarcinoms hat oft sehr grosse Schwierigkeiten. Nicht nur ist die Unterscheidung von einem primären, nach aussen wachsenden Fungus der Dura meist kaum möglich, eine Unterscheidung, die freilich keinen eigentlichen practischen Werth hat. Sondern auch die Bestimmung der krebsigen oder nicht krebsigen Natur einer Schädelgeschwulst kann oft während des Lebens nicht gemacht werden. Solange die Geschwulst noch von einer Knochenschichte bedekt ist, lässt sich fast nur aus den Umständen des Falls über die Wahrscheinlichkeit eines krebsigen Tumors oder eines Fibroids, einer Exostose entscheiden und es können in manchen Fällen die gutartigen Geschwülste eine ebenso bedeutende, ja selbst noch enormere Grösse erreichen als die carcinomatösen. Selbst nach dem Eintritt des Verschwärungsprocesses ist die Unterscheidung oft schwierig und unmöglich: denn bei grossen Tumoren gutartiger Art können durch die immense Spannung der Haut so maligne Verjauchungen sich herstellen, dass sie sehr wohl für ein Krebsgeschwür imponiren können. Das Auftreten von Wucherungen auf dem Geschwüre und noch mehr von weiteren Krebsgeschwülsten in der Nachbarschaft (im Knochen selbst, in den umgebenden allgemeinen Bedekungen, in den Drüsen) oder in entfernten Theilen befestigt die Diagnose carcinomatöser Entartung.

II. AFFECTIONEN DER KNOCHENHÖHLEN DES SCHÄDELS.

In den Knochenhöhlen des Schädels (Stirnhöhlen) kommen mehrfache Erkrankungen vor:

1) Entzündungen und Catarrhe der auskleidenden Schleimhaut mit deren Folgen: Ansammlung von Schleim und Eiter, chronische Blennorrhoe.

2) Ansammlung einer wässerigen Flüssigkeit, sog. Hydrops der Stirnhöhlen: Folge des meist durch vorausgegangene Entzündung oder durch Neubildungen bedingten Verschlusses der Ausführungscanäle.

3) Polypöse Wucherungen der Schleimhaut, welche meist nur klein und als Folge von Catarrhen und Entzündungen anzusehen sind.

4) Fibröse, sarcomatöse Geschwülste, oft von ausserordentlicher Grösse, vom Periost oder Knochen selbst ausgehend, sowie vielleicht auch Osteosteatome.

5) Krebse, welche seltener in der Höhle selbst sich entwikeln, als vielmehr in sie herein wuchern und gleichfalls in der Höhle, ihre Wandungen auseinanderdrängend, ein enormes Volum erreichen können.

6) In seltenen Fällen zufällig dahin gelangte pflanzliche und thierische Parasiten.

7) Caries und Necrose der Knochen.

Diese sämmtlichen Processe und Zustände sind theils symptomlos und latent, theils fallen sie herkömmlich und vermöge der bei ihnen nöthigen Hilfeleistungen in das Gebiet der Chirurgie.

III. AFFECTIONEN DER WEICHEN BEDEKUNGEN DES SCHÄDELS.

Die Affectionen der weichen Schädeldeken stimmen im Wesentlichen mit denen der allgemeinen Bedekungen anderer Körperstellen überein. Manche von ihnen haben auch ein vorwiegend chirurgisches Interesse. Daher kann eine übersichtliche Aufführung dieser Affectionen genügen und nur einzelne besondersartige Vorkommnisse verdienen eine speciellere Betrachtung, theils weil in Folge derselben nicht selten Krankheiten des Schädelinhalts entstehen (Abscedirungen der äusseren Schädelintegumente und purulente Meningiten), theils weil in manchen Fällen gleichartige Affectionen der weichen Schädeldeken und des Schädelinhalts zusammen vorkommen (Hydrocephalus externus und Hydrocephalus internus; Blutergüsse unter das Pericranium und solche zwischen Dura und innerer Fläche der Schädelknochen).

A. HYPERÄMIEEN DER WEICHEN SCHÄDELDEKEN.

Hyperämieen der weichen Schädeldeken lassen sich nur an der Cutis beobachten.

Die vorkommenden Formen sind:

1) Hyperämieen und Erytheme von äusseren Hautreizen.

2) Die Masern- und die Scharlacheruptionen. Ohne Eigenthümlichkeit.

3) Das spontane Erysipelas, welches sich vom Gesicht aus auf den behaarten Theil des Kopfes verbreiten kann und dort eine grössere Bösartigkeit anzunehmen pflegt. S. II, 159.

4) Das traumatische Erysipelas, gleichfalls durch Bösartigkeit sich auszeichnend, welche theils im Entstehen subcutaner Verjauchungen besteht, theils in der Gefahr schwerer Hirnzufälle und eines fast plözlichen tödtlichen Endes ohne genügende anatomische Veränderung.

5) Die Initialhyperämieen, welche variolöse, eczematöse, impetiginöse und andere Exsudationsformen einleiten und an dem frühzeitigen Hinzutreten anderer Hautstörungen sich zu erkennen geben.

6) Die Hauthyperämie, welche als mitgetheilter Process bei Erkrankungen des unterliegenden Knochens aufzutreten pflegt.

7) Die syphilitische Roseola und Macula, welche, wenn sie auf dem behaarten Theil des Kopfes auftritt, stets auch an andern Körperstellen, mindestens sparsam gefunden wird, durch ihre verlängerte Dauer und durch die Entstehung dünner Schuppen und Krusten auf dem wenige Linien grossen rothen und rothbraunen Flek sich zu erkennen gibt.

Die Bestimmung der Natur der Hyperämie der weichen Schädeldeken macht in den meisten Fällen keine Schwierigkeit. Fast alle hier vorkommenden Affectionen sind an anderen Theilen des Körpers gleichzeitig und mehr entwikelt als an der Kopfhaut und die Diagnose wird daher aus den evidenteren Erscheinungen der im Antliz oder an anderen Körpertheilen bestehenden Hyperämieen gemacht. Nur in wenigen, eigenthümlichen Fällen hat die Entscheidung über die Art der Erkrankung einige Schwierigkeit.

1) Bei Hyperämieen der Kopfhaut, sei es, dass sie auf diese beschränkt sind oder sich über einen Theil des Gesichts erstreken, ist zuweilen die Annahme eines äusseren, nachtheiligen Einflusses nach allen Umständen des Falles geboten. Dessenungeachtet kann es unklar sein, worin die Schädlichkeit besteht. Die verschiedenen cosmetischen Applicationen und Proceduren, die Parasiten des Kopfes, Unreinlichkeit sind zunächst die häufigsten Veranlassungen dieser Hyperämieen. Aber auch die Art der Kopfbedekung und andere ungewöhnlichere Einflüsse, je nach dem individuellen Falle, müssen Gegenstand der Nachforschungen sein. Auch darf man nicht vergessen, dass nicht selten diese Affectionen nicht bloss von einer, sondern gleichzeitig von mehreren äusseren Ursachen abhängen, und dass, während sie vielleicht von einer Schädlichkeit ursprünglich eingeleitet wurden, andere zu ihrer Fortdauer mitwirken können. Von der richtigen und erschöpfenden Erkenntniss der Ursachen hängt aber grösstentheils der Erfolg der Behandlung ab.

2) Wenn in acuter Weise eine erysipelasartige Hyperämie auf der Kopfhaut beginnt, so ist die Frage nicht immer ganz leicht zu beantworten, ob dieselbe eine gleichsam spontane Eruption sei, oder ob sie von einem, wenn auch noch so unbedeutenden traumatischen Einflusse abhänge. Die Lezteren können so geringfügig sein, dass sie leicht übersehen werden. Auch muss festgehalten werden, dass die Frage nicht so steht, ob man es mit einem spontanen oder traumatischen Erysipelas zu thun habe, sondern wie weit die Affection in einem gegebenen Falle von traumatischen Einwirkungen und wie viel sie von localen oder constitutionellen Dispositionen abhängt.

3) Die Hauthyperämie, welche als mitgetheilter Process die Erkrankungen des unterliegenden Knochens begleitet, lässt oft lange keine bestimmte Diagnose zu. Man kann aus ihrer Hartnäkigkeit, aus ihrem langsamen, aber sicheren Fortschreiten einen Wahrscheinlichkeitsschluss auf ein bestehendes Knochenleiden machen, aber erst mit den in dem Knochen selbst auftretenden Schwellungen und Wucherungen oder mit Entblössung des Knochens wird die Diagnose sicher. Einen annähernden Grad von Sicherheit kann sie schon früher erhalten, wenn die constitutionellen Verhältnisse des Individuums Knochenkrankheiten erwarten lassen, so bei constitutioneller Lues, oder wenn früher schon an andern Stellen Knochenaffectionen unter Einleitung einer Hyperämie zum Vorschein gekommen waren.

4) Die syphilitische Roseola und Macula kann, wenn sie auf die Kopfhaut beschränkt ist, zuweilen in der Diagnose einige Schwierigkeit machen. Doch schon die Vertheilung derselben in unregelmässig zerstreuten Fleken, die bald ins Kupfer-

farbene sich spielende Röthe und vornehmlich das Auftreten der dünnen Squamae sichern die Diagnose. Gewöhnlich sind jedoch an anderen Stellen des Körpers, mindestens im Naken oder auf der Stirne, gleichfalls syphilitische Hyperämieen zu bemerken, wodurch die Erkenntniss der Natur des Kopfausschlages alle Schwierigkeit verliert.

B. ANOMALIEEN DER TALGSECRETION AUF DER BEHAARTEN KOPFHAUT.

Nirgends sind Anomalieen der Talgsecretion häufiger als auf dem behaarten Theil des Kopfes: und ebensowohl die übermässige Trokenheit und die Verminderung der Talgsecretion, als auch der Fluxus sebaceus sind höchst gemeine Uebel und sind nicht nur dem Gedeihen der Haare nachtheilig, sondern können auch weitere Störungen auf der Haut selbst zuwegebringen. — Auch Cornua cutanea finden sich auf dem behaarten Theil des Kopfes, während dagegen die Formen der Acne punctata und indurata daselbst fehlen.

S. II, 175.

C. ANOMALIEEN DER EPIDERMISPRODUCTION.

Die gemeinste Form anomaler Epidermisproduction, die auf der Kopfhaut ein sehr gewöhnliches und sehr hartnäkiges Uebel darstellt, ist die Pityriasis, welche alle Abstufungen von den gelindesten Graden bis zur Bildung fast zusammenhängender, die ganze Kopfhaut überziehender Schüppchenmassen zeigt.

Die Formen der Psoriasis und der Lepra sind dagegen selten auf dem behaarten Theil des Kopfes, wenigstens in characteristischer Ausbildung und namentlich in disseminirter Vertheilung; vielmehr pflegt bei verbreiteter Psoriasis an den übrigen Stellen des Körpers die Kopfhaut gewöhnlich von einer dichtgedrängten und reichlichen Pityriasis befallen zu sein, — eine Erkrankungsweise, welche in ihren äussersten Graden der confluirenden und inveterirten Psoriasis gleich sein kann.

Syphilitische Squamae sind dagegen häufig auf dem behaarten Theil des Kopfes, sie stehen meist auf dunkelm Grund, sind Anfangs disseminirt und fliessen erst bei grosser Vernachlässigung zusammen.

Eine characteristische und dabei mässige Pityriasis und eine vollkommen entwikelte Psoriasis oder Lepra der Kopfhaut sind nicht zu verwechseln. Dagegen gibt es Mittelformen und inveterirte Affectionen, welche ebensowohl die eine als die andere Bezeichnung zulassen. Es ist hier ganz gleichgiltig und hat auf die therapeutischen Entschlüsse keinen Einfluss, welche Benennung man vorzieht. Gewöhnlich lässt man sich durch die Art der gleichzeitigen Schuppenausschläge auf dem übrigen Körper leiten.

Viel wichtiger ist die Unterscheidung der syphilitischen Squamae, welche als Zeichen einer schweren Constitutionskrankheit nicht verkannt werden dürfen. Die frischen und leichteren syphilitischen Squamae unterscheiden sich durch ihre Isolirtheit, durch die Dünnheit der Schuppenbildung und durch das Missverhältniss der düsteren kupferrothen Hyperämie zu der geringfügigen Desquamation. Beim weiteren Fortschreiten wird zwar die Abschuppung reichlicher, allein immer entstehen neue Fleken, an welchen das Verhältniss der frischen syphilitischen Squamae zu erkennen ist. Alte syphilitische Schuppen nehmen mehr die Form der Krusten an, als diess Psoriasisschuppen thun und häufig findet man unter jenen Ulcerationen, welche bei den lezteren nur nach grober Misshandlung eintreten.

D. EXSUDATIONEN UND INFILTRATIONEN.

1. Exsudationen auf der freien Fläche der behaarten Kopfhaut.

Die Exsudationen, welche auf der freien Fläche der behaarten Kopfhaut abgesezt werden, haben das Eigenthümliche, dass sie eine grosse Neigung zum Verkrusten zeigen, und die Herstellung einer solchen Kruste wird sehr gewöhnlich der Ausgangspunkt für eine Erkrankung weiterer Partieen des Theiles. Die Krusten verkleben überdem die Haare, geben Veranlassung zum Haften von Parasiten und werden, je länger sie dauern, an sich um so hartnäkiger.

Die krustösen Formen, welche auf dem behaarten Theil des Kopfes vorkommen, sind:

Krusten von manchen Erysipelen, sowie zuweilen von Scharlach, oder von Hyperämieen durch vorübergehende äussere Einwirkungen heilen bei einiger Sorgfalt und Vermeidung von weiterer Reizung schnell.

Die asbestartigen Krusten des Eczema, zarte, dünne, glänzende, schuppenartige Krusten, zwischen welchen die Haare hervorkommen.

Die diken Borken des Eczema impetiginodes, von schmuzigweisser, grauer, braungelber Farbe, je nach dem Alter und dem zugemischten Schmuze, hart und derb, fest mit den Haaren verklebend und oft schwierig vom Kopfe zu trennen. Sie überziehen nicht selten den ganzen behaarten Theil des Kopfes und erstreken sich auch in die Gesichtshaut herein.

Die Krusten des Impetigo, gewöhnlich von der Gesichtshaut den behaarten Theil des Kopfes erreichend oder in disseminirten Borken zwischen den Haaren vertheilt, braungelb, derb und meist eine vorübergehende Alopecie hinterlassend.

Die Krusten der Variolen, welche keine Besonderheit an der Kopfhaut zeigen.

Die Krusten des Ecthyma, ziemlich selten auf der Kopfhaut.

Die krustösen Syphiliden, isolirte, derbe, schwarzbraune, dike Krusten bildend, unter welchen sich ein Verschwärungsprocess herstellt, der eine grosse Neigung hat, in die Tiefe zu greifen und selbst den Knochen zu zerstören, hinterlassen stets nach der Heilung eine haarlose Stelle und eine Narbe.

Borken und Krusten, welche auf Geschwüren der Schädelhaut sich bilden.

Sobald Borken und Krusten in grösserer Reichlichkeit sich gebildet haben, erschweren und verhindern sie die Heilung der ihnen zu Grunde liegenden Hautkrankheit und es ist unerlässlich, vor jeder andern Therapie an den verkrusteten Stellen die Haare soviel als möglich zu kürzen und die Krusten selbst durch milde Mittel zu entfernen: erst dann kann man hoffen, durch örtliche Medicamente auf die kranke Cutis selbst einzuwirken. Nur bei Krusten von geringer Ausdehnung darf ihre Abstossung unter der Anwendung gewöhnlicher Reizmittel sich selbst überlassen bleiben, oder kann man sich begnügen, soferne ihre Entstehung in constitutionellen Verhältnissen (z. B. Syphilis) begründet ist, die Heilung der localen Störung bei einem entsprechenden Gesammtverfahren abzuwarten.

Mit den durch Exsudationen entstandenen Krusten können sehr leicht verwechselt werden:

die übermässige Talgsecretion, wie sie vornehmlich auf dem wenig behaarten Kopf der Säuglinge vorkommt (Pityriasis neonatorum);
die excessive Epidermisabstossung (Pityriasis und Psoriasis);
die Favusborken.

2. Exsudationen zwischen Cutis und Epidermis und in den obersten Schichten der Cutis.

Diese Formen sind von geringer Wichtigkeit und unterscheiden sich nicht von ähnlichen Störungen, welche auf andern Theilen der Körperoberfläche vorkommen. Es sind vornehmlich lichenöse, eczematöse und pustulöse Eruptionen, unter lezteren besonders Variolen und Ecthyma.

3. Exsudationen und Infiltrationen in den tiefern Schichten der Cutis.

Solche finden nur als Ausdruk der constitutionellen Syphilis und bei der Elephantiasis statt.

4. Exsudationen in den unter der Cutis liegenden Weichtheilen.

Dieselben bieten an den Schädeldeken einiges Eigenthümliche dar.

a. Seröse und sero-fibrinöse Ansammlungen unter den weichen Schädeldeken.

Je nach der Stelle, an welcher sich das Wasser befindet, unterscheidet man:

1) den Hydrocephalus externus cellularis, d. i. Wassererguss in das subcutane Zellgewebe. Er kommt besonders bei Kindern vor, namentlich bei neugeborenen, theils in Folge der Geburt, theils als Complication des Hydrocephalus internus, theils in Folge von Entzündungen (nach Insolation, Insectenstichen) und Ausschlägen der Kopfhaut, theils endlich bei scrophulösen Individuen. Bei Erwachsenen kommt er selten vor, theils als Complication des inneren Wasserkopfs, theils als Theilerscheinung allgemeinen Oedems. — Der Wassererguss in das Unterhautzellgewebe characterisirt sich durch eine mässig grosse, verbreitete, schmerzlose, weiche Geschwulst, welche nicht fluctuirt, aber beim Druk darauf Gruben hinterlässt. Subjective Erscheinungen fehlen entweder ganz, oder ist nur etwas Spannung und zuweilen allgemeines Uebelbefinden vorhanden.

Das sogenannte Caput succedaneum oder der Vorkopf ist eine in geringen Graden bei fast jeder Geburt vorkommende sero-fibrinöse Infiltration des subcutanen Zellgewebes an dem sich zur Geburt stellenden Abschnitte des kindlichen Schädels. Die höheren Grade des Vorkopfs kommen nur bei länger dauernden natürlichen oder instrumentalen Entbindungen vor, in welchem Falle dem Serum meist eine grössere oder geringere Menge Blut beigemischt ist. — Der Vorkopf kann jede Schädelstelle einnehmen, findet sich aber am häufigsten am hinteren Theile des einen Scheitelbeins (insbesondere des rechten), von wo er sich über die angrenzenden Theile des andern Scheitelbeins, auf das Hinterhauptsbein und auf die kleine Fontanelle erstrekt. Ebenso verschieden ist der Umfang der Geschwulst: sie geht allmälig und ohne scharfe Abgrenzung in die Umgebung über; ihre Grundfläche ist am häufigsten 3–6 □″, ihre Höhe meist $\frac{1}{4}$–$\frac{1}{2}$″, zuweilen auch $1\frac{1}{2}$″. Die Haut über der Geschwulst ist bald normal gefärbt, bald mehr oder weniger röthlich oder bläulich; die Temperatur derselben ist bei geringer Ausbreitung der Geschwulst normal oder nur wenig erhöht. Die Geschwulst selbst ist teigig anzufühlen und behält den Fingerdruk einige Zeit. — Mässige Grade des Vorkopfs verschwinden einige Stunden nach der Geburt von selbst. In den höheren Graden des Uebels dagegen und namentlich bei gleichzeitigen grösseren Blutaustritten in ihr kann das Abgesezte sich in Eiter verwandeln. Die Symptome gleichen dann denen eines Abscesses anderer Körperstellen. In lezteren Fällen kann entweder Heilung eintreten, oder es erfolgt der Tod bald durch Ausbreitung der Eiterung über die weichen

Schädelbedekungen und über die Schädelknochen, bald durch Gangrän dieser Theile, bald durch Erschöpfung, bald durch Pyämie, bald endlich durch consecutive Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute.

2) Der Hydrocephalus externus aponeuroticus, bei dem sich das Wasser unter der Galea aponeurotica befindet, kommt besonders an den Seitenwandbeinen vor. Er stellt eine zwar flache, aber mehr umschriebene, weniger weiche, mehr resistente, beim Fingerdruk keine Grube hinterlassende, aber fluctuirende Geschwulst dar. Ausser einigem Schmerz verursacht er keine weiteren Erscheinungen.

3) Der Hydrocephalus externus pericranius besteht in einer Wasseransammlung zwischen Beinhaut und Schädelknochen. Er kommt fast nur bei cachectischen Individuen vor und ist oft mit innerem Hydrocephalus verbunden. Er bildet eine gewöhnlich sehr beschränkte Geschwulst, über welcher die Haut nicht selten geröthet ist, und verursacht meist sehr bedeutende Schmerzen. In seltenen Fällen ist der Knochen unter der Geschwulst durchlöchert und communicirt dann der Inhalt der lezteren mit dem Schädelinhalt, — ein Verhalten, welches bald von Anfang an besteht, bald sich erst im weiteren Verlaufe herstellt.

Die Therapie besteht in den leichteren Graden dieser Zustände in der Anwendung resorptionsbefördernder Mittel. In den höheren Graden ist eine Behandlung nur mit Vorsicht einzuleiten, da hiedurch nicht selten etwa bestehender innerer Wasserkopf gesteigert wird: sie besteht bei vorhandenen Cachexieen in der Behandlung dieser. Die operativen Eingriffe gehören in das Gebiet der Chirurgie.

b. Eiteransammlungen unter den weichen Schädelbedekungen.

Die Abscedirungen und Verschwärungen der weichen Schädeldeken gehören herkömmlich in das Gebiet der Chirurgie. Sie können an jeder Stelle des Schädels und unter jeder Schicht seiner weichen Deken vorkommen. Sie sind nur insoweit von medicinischem Interesse, als in ihrem Gefolge und zwar bald unter nachweisbarer Vermittlung durch die Schädelknochen und die Schädelknochenvenen, bald ohne solche, nicht ganz selten die schwersten Erkrankungen des Schädelinhalts (purulente Meningiten, Encephaliten) entstehen.

E. BLUTANSAMMLUNGEN UNTER DEN WEICHEN SCHÄDELDEKEN.

Diejenigen Blutansammlungen, welche in Folge äusserer, den Schädel treffender Schädlichkeiten (Schlag mit stumpfen Instrumenten, Fall etc.) entstehen und welche in jeder Lebensperiode vorkommen können, werden herkömmlich der chirurgischen Betrachtung überwiesen.

Von speciell medicinischem Interesse sind nur diejenigen Blutansammlungen, welche beim Kinde während der Geburt entstehen.

Je nach der Stelle, an der das Blut sich ansammelt, unterscheidet man:

1) Blutansammlungen in dem Unterhautzellgewebe.

Dieselben kommen nur in geringer Menge spontan und für sich allein vor; höhere Grade der Blutansammlung sind immer nur durch traumatische Ursachen herbeigeführt.

2) Blutansammlungen in dem subaponeurotischen Zellgewebe (Cephalaematoma subaponeuroticum).

Sie sind selten beim Neugeborenen. Sie haben im Wesentlichen dieselben Ursachen und dieselbe Behandlung wie die folgende Art, von der sie sich nur dann während des Lebens unterscheiden lassen, wenn sich das ausgetretene Blut über eine Nath oder Fontanelle hinwegerstrekt.

3) Blutansammlungen unter dem Pericranium (Cephalämatom im engeren Sinne, Thrombus neonatorum).

Geringe Blutaustritte kommen wohl fast bei jeder Geburt vor; sie sind nicht diagnosticirbar und heilen schnell und ohne Kunsthilfe. Die höheren Grade des Cephalämatoms finden sich in seltenen Fällen ohne nachweisbare Ursachen; meist werden sie durch eine schwere und langdauernde Geburtsarbeit hervorgerufen.

Sie kommen daher am häufigsten bei normwidriger Enge der festen oder weichen Geburtswege (enges Beken, harte, zähe Vaginalportion) und bei grossen Kindern (Knaben), sowie dann vor, wenn die Geburt durch Instrumentalhilfe bewerkstelligt werden muss. Sie sind bald gleich nach der Geburt vollkommen entwikelt, bald erreichen sie erst in den ersten Lebenstagen des Kindes ihre vollkommene Ausbildung.

Das Cephalämatom kommt, wenn man von den Verlezungen absieht, welche durch die Proceduren bei künstlichen Geburten entstehen und welche nichts Besonderes darbieten, dadurch zustande, dass auf den Umkreis des durch den Muttermund hervorragenden Theiles des kindlichen Schädels ein kreisförmiger Druk ausgeübt wird. In Folge hievon entsteht innerhalb jenes Kreisabschnittes zunächst eine Hyperämie und kommen bei längerer Geburtsdauer schliesslich Rupturen der vom Pericranium zum Knochen tretenden Gefässe zustande.

Daher findet sich auch die Blutgeschwulst bei Weitem am häufigsten auf den Scheitelbeinen, und hier wiederum häufiger auf dem rechten als auf dem linken; seltener ist sie auf dem Hirnhauptsbeine, am seltensten auf dem Stirn- und Schläfenbeine. Meist kommt nur eine Geschwulst vor, doch hat man deren auch zwei und selbst drei bald auf demselben, bald auf verschiedenen Knochen des Schädels zumal getroffen. Die Geschwulst ist bald nur von der Grösse eines kleinen Taubeneies, bald ist sie hühnereigross und kann selbst die ganze äussere Fläche eines Scheitelbeins einnehmen. Ihre Höhe wechselt zwischen einigen Linien bis zu $^1/_2$, selbst 1 Zoll. Sie hat bald die Gestalt eines der Länge nach getheilten Ovals, bald ist sie conisch, besonders am Hinterhaupt, bald nierenförmig, namentlich an den Scheitelbeinen, bald endlich hat sie die Form des Knochens, über dem sie ihren Siz hat. Die Menge des ausgetretenen Blutes wechselt zwischen $^1/_2$—2 und selbst 4 Unzen. Das Blut ist Anfangs meist flüssig, zuweilen auch schon geronnen. Bald nach seiner Entstehung stellt das Cephalämatom eine nie über den Rand eines Knochens oder über eine Fontanelle hinausgehende, streng umschriebene, von normaler oder etwas röthlicher oder bläulicher Haut bedekte, gleichmässig consistente, aber bald mehr bald weniger gespannte, fluctuirende, unschmerzhafte Geschwulst dar, welche nie den Fingerdruk zurüklässt, ausser wenn sie mit sero-fibrinösen oder blutigen Ansammlungen unter der Haut complicirt ist. Das Allgemeinbefinden des Kindes ist dabei nicht gestört.

Der Verlauf des Cephalämatoms ist verschieden nach der Menge des ausgetretenen Blutes und nach etwaigen Complicationen.

Mässige Blutextravasate werden zuweilen schnell resorbirt, das Periost verwächst mit dem Knochen und nach 2—3 Wochen bietet der Schädel keine Abnormität mehr dar.

Häufiger dagegen und in den meisten höheren Graden des Uebels wird

an den Innenwänden der den Blutsak begrenzenden Höhle, am frühesten und reichlichsten da, wo das Pericranium noch mit dem Knochen zusammenhängt, ein Exsudat abgesezt, welches bald ossificirt.

Man fühlt dann zuerst im Umkreis der Geschwulst, wo die Ossification am ehesten eintritt, einen verschieden (1''' und darüber) breiten, ringförmigen, bei Druk pergamentartig knisternden und Anfangs noch leicht eindrükbaren Wall, welcher sich allmälig immer mehr nach dem Centrum zu erstrekt und zulezt eine knöcherne, hie und da dünnere, stellenweise selbst ganz mangelnde Kapsel um das ausgetretene Blut bildet. Gleichzeitig hiermit wird das Extravasat allmälig resorbirt, die verknöchernden Exsudatlagen des Knochens und der Knochenhaut nähern sich einander mehr und mehr und verwachsen endlich mit einander. Dieser Hergang kann in 4—8 Wochen sein Ende erreichen und man fühlt dann nur noch einige Zeit lang den afficirten Schädelknochen etwas diker und unebener.

In seltneren Fällen, namentlich bei bedeutender Grösse des Cephalämatoms, bei gleichzeitigem Bestehen eines Blutergusses zwischen Knochen und Dura, bei roher und unzwekmässiger Behandlung, namentlich voreiliger Incision der Geschwulst, geht das die Heilung vermittelnde Exsudat in Eiterung über und der Extravasatherd wird in einen Abscess verwandelt.

Auch in diesen Fällen kann durch künstliche oder natürliche Entfernung des Eiters nach aussen, oft mit theilweiser Exfoliation kleiner Knochenstükchen, noch Heilung eintreten. Meist aber verbreitet sich die Eiterung über die umgebenden Weichtheile, auf die Schädelknochen und auf den Schädelinhalt und es erfolgt der Tod durch Pyämie, oder durch Erschöpfung, oder durch Blutungen, oder endlich durch eiterige Meningitis oder partielle Encephalitis. Die Symptome dieses Verlaufes bieten nichts Characteristisches vor denen ähnlicher Eiterungen Erwachsener dar.

Die Behandlung besteht in leichten Fällen nur in der Abhaltung weiterer äusserer Schädlichkeiten auf die kranke Stelle. In den höheren Graden des Uebels sind ausserdem resorptionsbefördernde Mittel anzuwenden (Ueberschläge von kaltem Wasser mit Zusaz von Essig, von spirituösen oder aromatischen Substanzen, Einreibungen von Ung. cinereum, Ung. jodatum). Auch eine leichte und vorsichtige Compression der Geschwulst wird mit Nuzen angewandt. Nur bei sehr bedeutender Grösse und bei der Unwahrscheinlichkeit einer spontanen Resorption des Blutes, sowie bei unzweifelhaften Zeichen einer beginnenden Eiterung der Geschwulst ist die Incision derselben indicirt. S. hierüber die chirurgische Literatur.

F. ANOMALIEEN DER HAAR- UND PIGMENTBILDUNG.

Anomalieen des Pigments sind auf dem behaarten Theile des Kopfes seltner, als an andern Stellen des Körpers; doch kommen locale Decolorationen (Vitiligo) zuweilen daselbst vor.

Ueber die Anomalieen der Haarbildung s. II, 256.

G. NEUBILDUNGEN UND GESCHWÜLSTE DER WEICHEN SCHÄDELDEKEN.

Condylome an der Kopfhaut sind ziemlich selten, können aber besonders von der Gegend des Ohres ausgehend, einen Theil der Kopfhaut überwuchern.

Von Geschwülsten hat man an den weichen Schädeldeken fast jede Art beobachtet. Bei weitem am häufigsten kommen die Balggeschwülste vor. Es ist hier nur auf die Möglichkeit einer Verwechslung der verschiedenen Parasitgeschwülste mit der Encephalocele, namentlich bei Neugeborenen, aufmerksam zu machen.

Das Nähere siehe in den betreffenden Capiteln der chirurgischen Literatur.

H. GEFÄSSKRANKHEITEN DER WEICHEN SCHÄDELDEKEN.

Die Gefässe der weichen Bedekungen des Schädels sind denselben Krankheiten unterworfen, wie die anderer Körperstellen. In medicinischer Beziehung ist nur hervorzuheben, dass die atheromatöse Erkrankung der Temporalarterien mit derselben Affection der inneren Schädelarterien fast immer zusammen vorkommt und daher von jener ein Schluss auf die gleiche Beschaffenheit lezterer zu machen ist. Ferner ist die Häufigkeit traumatischer Aneurysmen und das überwiegend häufige Vorkommen des sogenannten Varix arterialis (Aneurysma per anastomosin) im Bereich der oberflächlichen Schläfenarterie bemerkenswerth.

Das Nähere siehe bei den Krankheiten der Gefässe und in den Lehrbüchern der Chirurgie.

I. GESCHWÜRE, BRAND DER WEICHEN SCHÄDELDEKEN.

S. allgemeine Bedekungen.

K. PARASITEN.

Von Parasiten sind auf dem behaarten Theil der Kopfhaut hervorzuheben:

1) Pediculus capitis;
2) die Pilze des Favus;
3) die noch zweifelhaften Formen, welche bei dem Weichselzopf, der Alopecia circumscripta beobachtet worden sind.

L. LUFTANSAMMLUNG UNTER DEN WEICHEN SCHÄDELDEKEN.

Luftansammlungen unter den weichen Bedekungen des Schädels entstehen entweder durch spontane Luftentwiklung in Jaucheherden der Schädeldeken, oder die Luft verbreitet sich vom Larynx unter die Schädelhaut, oder endlich das Schädelhautemphysem ist eine Folge penetrirender Wunden der Stirn- und Nasenhöhlen. Die nähere Betrachtung dieses Zustandes gehört in das Gebiet der Chirurgie.

AFFECTIONEN DER ANTLIZPROVINZ

(DER ANTLIZFLÄCHE, DER NASEN-, MUND- UND RACHENHÖHLE UND IHRER WANDUNGEN).

PHYSIOLOGISCHE VORBEMERKUNGEN.

Das Antliz und die constituirenden Theile der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle stellen eine Häufung von Organen des verschiedensten Baues und der verschiedensten Aufgabe dar, welche aber ihrer Continuität und des Ineinandergreifens ihrer Störungen wegen in den pathologischen Beziehungen sehr zahlreiche gemeinschaftliche Verhältnisse zeigen. Jene Theile schliessen sich ferner wie anatomisch, so auch in ihren Erkrankungen, ohne scharfe Grenzen an die Nachbarprovinzen des Körpers an.

Bei der Mannigfaltigkeit der das Antliz und die Nasen-, Mund- und Rachenhöhle bildenden Theile müssen auch deren Affectionen und ihre Aeusserungen höchst zahlreich sein, und es gibt kaum eine beschränkte Stelle am Körper, welche der Siz so häufiger und so verschiedenartiger Erkrankungsformen werden kann und zu werden pflegt. Sehr gewöhnlich zeigen sich verschiedene Theile und Organe dieser Provinz gleichzeitig oder successiv erkrankt; denn die so mannigfaltig gebauten und functionirenden Organe dieser Provinz haben in ihren pathologischen Beziehungen die grösste Verbindung untereinander, eine grössere namentlich, als mit denjenigen Theilen, mit denen sie in functionellem Nexus stehen. Nicht nur werden sehr häufig verschiedene Stellen dieser Provinz gleichzeitig von den gleichen Schädlichkeiten getroffen, sondern eine krankmachende Ursache, welche eine Stelle dieser Provinz trifft, ruft Störungen hervor, welche sich auch auf die übrigen Stellen auszubreiten vermögen, auch ohne dass diese selbst von der Ursache getroffen werden. Dabei stellt sich dieselbe Affection, indem sie sich auf die verschieden construirten Theile dieser Provinz ausbreitet, oder gleichzeitig an mehreren verläuft, häufig in ganz differenten Formen dar, und erhielt damit oft verschiedene Benennungen und in der systematischen Classification eine Stellung in weit getrennten Rubriken. Jeder der verschieden construirten Theile erkrankt nämlich und äussert sein Kranksein nach seiner individuellen Construction, und so kann es scheinen, als ob eine Anzahl isolirter Störungen bestünde, während nur die verschiedenartige Beschaffenheit der Theile die Mannigfaltigkeit der Phänomene bedingt.

Es schliessen sich aber auch die Theile dieser Provinz in sehr enger Verbindung an die Nachbarprovinzen an, obwohl sich schon eher gewisse, zuweilen sogar scharfe Grenzen in dem pathologischen Verhalten auffinden lassen, zuweilen selbst wenn die gewebliche und functionelle Analyse keine erheblichen Differenzen nachweist, wie zwischen der Haut des Antlizes und der Kopfhaut oder der Haut des Halses, zwischen der Schleimhaut der hintern Rachenhöhle und der der untern Luftwege, zwischen den Knochen des Gaumens und des Schädels, zwischen der Schleimhaut des Rachens und des Oesophagus. Die Affectionen unsrer Provinz greifen nicht

selten in leichten Andeutungen auf die Nachbartheile über, und die der Nachbartheile rufen sehr gewöhnlich in der Antlizprovinz und in ihren Höhlen mässige Störungen hervor; aber zum Ueberschreiten in voller Intensität von einer Region zu der andern scheint es gewissermaassen eines besondern Impetus, besonderer Constellationen zu bedürfen, und wenn es geschieht, so wird alsbald auch die Gestalt der Erkrankung mehr oder weniger wesentlich modificirt.

In der Antlizprovinz kommen somit sehr zahlreiche, von den verschiedensten Ursachen ausgehende, bei gleicher Ursache vielgestaltete und verschiedene Bedeutung habende, bei gleicher Bedeutung sich verschieden äussernde Affectionen vor, und es mag wohl daher die Verwirrung kommen, welche in vielen Stüken in diesem Gebiete der Pathologie noch herrscht. Man hat vielfach die Scheidungen zu weit getrieben und die Detailbetrachtung hat, wenngleich zu schärferer Erkennung, doch auch und vielleicht noch mehr zur unpractischen Zersplitterung geführt. Oftmals muss bei den Erkrankungen dieser Provinz, sofern dieselben an sich eine geringfügige Bedeutung haben, eine cursorische und zusammenfassende Betrachtung erlaubt sein. Jene Erkrankungen, welche nur in einer leichten Theilnahme des Antlizes und seiner Höhlen an der Erkrankung benachbarter Provinzen und Organe bestehen, können vortheilhaft zu diesen verwiesen werden. Endlich dürfen mehrere der hier vorkommenden Abnormitäten, insofern sie herkömmlich der Chirurgie und gewissen zu isolirten Doctrinen herangewachsenen Specialitäten angehören (Augenkrankheiten, Ohrenkrankheiten, Zahnkrankheiten, einige Krankheiten des harten Gaumens, eine Reihe angeborner Bildungsfehler, Fisteln und andere Continuitätsstörungen) bei der medicinischen Betrachtung bloss eine vorübergehende Andeutung finden und zum Theil auch ganz wegbleiben.

Die einzelnen Gewebsformen, von welchen das Antliz und die constituirenden Theile seiner Nachbarhöhlen zusammengesezt werden, sind theils dieselben, wie sie an den verschiedenen anderen Stellen des Körpers vorkommen, theils auch einzelne eigenthümliche (Zähne, einige Theile des Auges).

Da alle Arten von Geweben in der Antlizprovinz zusammengedrängt sind, so bieten die Erkrankungsformen derselben die allergrösste Mannigfaltigkeit dar, und die Vereinigung so verschiedner Gewebe auf einen verhältnissmässig engen Raum begründet eine Vielseitigkeit selbst beschränkter Erkrankungen. — Die meisten Gewebsformen sind in dieser Provinz oberflächlicher und zugänglicher gelegen als irgend wo anders, und es lässt sich daher hier die specifische Gestaltung der Störungen der verschiednen Gewebe directer verfolgen. Gerade die Antlizprovinz liefert ein lehrreiches, unmittelbar zu Tage liegendes Material für die pathologische Histologie und gibt eine Controle für die Schlüsse aus Leichenöffnungen über das Verhalten der im Leben verborgen gelegenen Organe.

Die Antlizprovinz lässt sich einerseits in zwei annähernd symmetrische Hälften scheiden, deren Grenze die Körpermittellinie ist und deren jede ihre eigenen Nerven und Gefässstämme erhält. Andererseits ist sie zusammengesezt von einer Anzahl von Organen, welche bald isolirter, bald engverbunden und gewissermaassen verschmolzen, topographisch zu Regionen geordnet sind, die meist mehrere Organe enthaltend, wenn auch nicht abgegrenzt, doch und vornehmlich in pathologischen Beziehungen practisch getrennt gehalten werden können:

Die Hauptregionen sind:

Die Antlizfläche und die unmittelbar unterliegenden Gewebe (Bindegewebe mit Fett und Gefässen, Muskel, Knorpel, Knochen);

die Nasenhöhle (vordere und hintere, mit den unterliegenden und eingelagerten Knochen);

die Organe der Mundhöhle;

der Rachen mit dem Schlundkopfe (Pharynx).

Eingeschobene Theile, deren Affectionen ebendarum einerseits eine gewisse Isolirtheit, andererseits eine Geneigtheit zur Theil

mehreren Seiten hin zeigen, sind das Sehorgan mit der Thränendrüse und der Carunkel, das Gehörorgan, die Lippen, die Zunge, das Zahnsystem, das Velum mit der Uvula, die Tonsillen, die Ohr-, Zungen- und Unterkieferspeicheldrüsen, die Mandibularlymphdrüsen.

Als Grenzen der Antlizprovinz können angesehen werden:

an den superficiellen Weichtheilen die Stelle der Haut, wo die Behaarung zu beginnen pflegt, und der Winkel am obern Ende des Halses;

an dem Knochen der obere Orbitalrand und die Deke der Orbita, die knöcherne Deke der Nasenhöhle, die äussere Fläche des Basilartheils des Hinterhaupts und nach hinten die Körper der vier obersten Halswirbel;

nach unten das Zungenbein, der Eingang des Larynx und ohne scharfe Grenzmarke die Uebergangsstelle des Schlundes in die Speiseröhre.

Die Symmetrie der beiden Hälften der Antlizprovinz ist niemals, auch im normalsten Zustande, eine ganz vollkommene, und man muss sich hüten, kleine habituelle Abweichungen in der Uebereinstimmung beider Hälften für Anomalieen zu nehmen. Mannigfache unmerkliche äussere Einflüsse, ungleiche Action der Muskeln wirken von der ersten Kindheit dahin, die Symmetrie etwas zu stören, und in Fällen, in welchen in den Zeiten der Entwiklung Krankheiten der Knochen, der Musculatur und der Nerven stattgefunden hatten, wird die Asymmetrie zuweilen ziemlich erheblich. Nichtsdestoweniger bietet die Vergleichung beider Hälften der Antlizprovinz ein wichtiges und unerlässliches Criterium für die Beurtheilung eingetretener Abnormitäten dar. Die Vergleichung darf sich aber nicht bloss auf die Zeit der Ruhe beschränken, sondern muss auch die bewegte Gesichtshälfte berüksichtigen; denn oft tritt erst im Momente der Bewegung die Asymmetrie der beiden Hälften hervor. — Die Isolirtheit der Gefässvertheilung und Nervenverbreitung jeder Antlizhälfte lässt eine einseitige Erkrankung zu. Indessen sind solche Erscheinungen, welche vollkommen beschränkt auf der einen Gesichtshälfte verlaufen, meist direct oder doch mittelbar von Störungen in dem Nervenstamme oder im Gehirn selbst abhängig, während peripherische Affectionen der Antlizprovinz, selbst wenn sie zuerst nur auf einer Hälfte sich entwikeln, meist auch die andre, wenngleich gewöhnlich in geringerem Grade, ergreifen. Wenn beide Hälften der Antlizprovinz gleichzeitig eine Erkrankung zeigen, so ist dieselbe fast immer auf der einen Seite stärker als auf der andern entwikelt, nimmt auch meist nicht auf beiden Hälften einen gleichzeitigen Verlauf, und sehr oft zeigt sich, nachdem der Process auf der einen Hälfte in seiner Abheilung begriffen ist, auf der andern erst der Anfang der Erkrankung.

Ueber die nähere Construction der Antlizprovinz und ihrer Theile muss auf die anatomischen Werke verwiesen werden. Indessen dürfte doch nicht überflüssig sein, Einiges hervorzuheben.

Die Cutis der Gesichtsfläche hat zwar im Allgemeinen den Bau und die Eigenschaften der übrigen Haut, zeichnet sich aber durch den Reichthum an Nerven, welche Verzweigungen des Quintus sind, durch eine alle übrigen Hautstellen überwiegende Vascularisation und durch die Menge ihrer Drüsen aus. Keine Stelle der Haut, die Anogenitalgegend vielleicht ausgenommen, zeigt eine solche Häufigkeit spontaner Schmerzen und eine solche Schmerzhaftigkeit der Gewebserkrankungen, als die Gesichtshaut, keine Stelle der Cutis lässt Veränderungen in der Beschaffenheit des Blutes frühzeitiger erkennen, wie diese, und selbst die zartesten Theile der übrigen allgemeinen Bedekungen (z. B. die Cutis der weiblichen Brust) liefern nicht so empfindliche Kennzeichen für gewisse allgemeine Störungen, wie Fieberröthe, Gelbsucht, Cyanose. Man muss bekennen, dass die anatomischen Gründe für diese Eigenthümlichkeit der Gesichtshaut nicht genügend erforscht sind. Eben so wenig kennt man die anatomische Ursache der verschiedenen Geneigtheit der einzelnen Partieen der Antlizcutis zu gewissen Erkrankungen: die prävalirende Disposition der Lippengegend zu Bläscheneruptionen, der Wangenhaut zum Lichen und Lupus, der Kinngegend zu Pusteln, der Augenlidgegend zu Eczem etc. Eine auffallende Aehnlichkeit bietet die Antlizcutis in ihrer Disposition zu bestimmten Erkrankungen mit der Haut der Anogenitalgegend, und selbst eine gewisse sympathische Beziehung zwischen beiden Stellen scheint insofern vorhanden zu sein, als Affectionen an der einen sehr häufig von solchen an der andern gefolgt sind. — Einzelne Stellen

der Cutis der Gesichtsfläche nähern sich in ihrem pathologischen Verhalten den Schleimhäuten: so namentlich die Lippen, die Gegend hinter und unter dem Ohr, der Naseneingang.

Der subcutane Zellstoff des Antlizes ist weniger straff als an den meisten andern Theilen des Körpers und daher zu Infiltrationen sehr geeignet, welche noch durch die mehrfachen Vorsprünge und Hautduplicaturen in dem Gesicht wesentlich gefördert werden. Schon im mittlern Alter nimmt die Elasticität dieses Zellstoffs auffallend ab und die Schlaffheit der Theile ungleich mehr zu als an den meisten andern Stellen der Körperoberfläche.

Die Muskel des Antlizes sind grossentheils Hautmuskel und in ihrem Tonus so sehr von den augenbliklichen Stimmungen des Gehirns einerseits und von der Gewohnheit andrerseits abhängig, dass dadurch sehr leicht ohne krankhafte Störung ein Verhalten hergestellt werden kann, welches für ein pathologisches genommen werden könnte und in der That oft an das Pathologische grenzt (gewohnheitsmässige Grimassen, die den Uebergang zur Muskelunruhe und zu Krämpfen im Facialgebiet bilden).

Die Knochen des Antlizes sind grossentheils Dekknochen und bei ihrer geringen Mächtigkeit im Verhältniss zu der Ausbreitung des Periostes und bei der Eigenthümlichkeit, dass sie an mehreren Stellen einer Entblössung häufig ausgesezt sind, Krankheiten in hohem Grade unterworfen. Andrerseits ist der Schaden der Ablösung einzelner Stüke derselben, welche sehr häufig zustandekommt, geringer als an den meisten andern Stellen des Knochensystems, weil die Leistung des einzelnen Knochens selbst bei stükweisen Verlusten an demselben nicht nothwendig vereitelt wird.

In die Knochen des Ober- und Unterkiefers eingesenkt ist das Zahnsystem. Die anatomische Betrachtung desselben kann um so füglicher übergangen werden, weil auch die Pathologie dieses Apparats als eine chirurgische Specialität hier ausgeschlossen zu bleiben hat. — Die Nerven der Zähne gehören dem zweiten und dritten Aste des Quintus an. Ihre Zweige gehen zur Zahnwurzel und zugleich zum Zahnfleisch, und es haben von den Nerven der oberen Reihe einerseits die für die Schneidezähne, den Ekzahn und die zwei vorderen Bakenzähne der einen Hälfte (Nerv. alveolaris superior anterior aus dem Infraorbitalaste), andererseits die Nerven der drei hintersten Bakenzähne (Nerv. alveolaris posterior) anfangs gemeinschaftlichen Verlauf. Jene sind zugleich durch ihren Ursprung aus dem Infraorbitalnerven den vielen aus diesem starken Aste kommenden und fast das ganze mittlere Gesichtsdrittel von der Augenlidspalte bis zu den Mundwinkeln, besonders aber dessen vordere und tiefgelegene Theile versorgenden Zweigen nahe gelagert. Die Nerven der untern Zahnreihe haben gleichfalls als Nervus alveolaris inferior erst einen gemeinschaftlichen Verlauf und sind den Nerven der Kinngegend und Unterlippe und vermöge ihres Ursprungs aus dem Ramus descendens des dritten Quintusastes den Nerven der Schläfenhaut und Ohrgegend nahe gelagert.

Das Gelenk des Unterkiefers zeichnet sich troz des fortwährenden Gebrauchs durch die Seltenheit seiner Erkrankung aus.

Die Nasenhöhle wird ausgekleidet durch die an Drüsen und Gefässen reiche, an den Wänden der Höhle fest anhaftende, weiche und schwammige Nasenschleimhaut, welche gegen die Mündung der Nase hin trokner, cutisartiger, nach hinten feuchter wird. Sie steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der äussern Haut der Nase, mit der Schleimhaut der Thränenwege und des Augs, der Rachenschleimhaut und der Ohrtrompete und sezt sich in die Nebenhöhlen der Nase, in die Stirnhöhlen, Siebbeinzellen, Keilbein- und Oberkieferhöhlen fort, ist aber in diesen um vieles dünner, glatter, sehr arm an Gefässen und Drüsen, und lokerer an die unterliegenden Knochen geheftet. — Die Lage der Nasenschleimhaut lässt sie an den Erkrankungen der Haut sowohl als der benachbarten Schleimhäute Antheil nehmen, und die eigenthümliche, cutisähnliche Beschaffenheit der äussersten Portionen jener Schleimhaut macht begreiflich, dass ihre Erkrankungen noch grössere Analogie mit denen der allgemeinen Bedekungen, als mit denen der Schleimhäute haben. — Des Reichthums an Gefässen, der Zugänglichkeit für äussere Schädlichkeiten und des engen Zusammenhangs mit so vielen andern Organen wegen müssen die Erkrankungen der Nasenschleimhaut äusserst häufig sein: sie zeigen jedoch meist keine besondere Gefahr, es sei denn die der Ausbreitung auf benachbarte Theile: auf die mit ihr zusammenhängenden Schleimhäute und die unterliegenden Knorpel und Knochen. Nur bei sehr kleinen Kindern, bei welchen die Nase höchst enge ist, kann schon durch eine blosse Schwellung der Schleimhaut der Canal verstopft und dadurch das Athmen wesentlich gefährdet werden. — Die weiche und schwammige Natur der oberen Nasenschleimhaut disponirt sie ungemein zu Blutungen, welche

besonders bei jugendlichen und zarten Individuen nicht selten habituell werden, aber auch sonst bei Congestionen dieser Theile sehr leicht eintreten. — Die Schleimhäute der Nebenhöhlen sind bei ihrer Gefässarmuth und bei der Verborgenheit dieser Höhlen wenig Erkrankungen unterworfen, und leztere zeigen entsprechend dem Bau dieser Schleimhäute mehr Aehnlichkeit mit den Affectionen seröser Häute, als mit solchen entwikelter mucöser Membranen. — In der Nasenschleimhaut verbreiten sich der Olfactorius und ein Theil des Quintus, durch welch lezteren sie in Beziehungen zu den so häufigen Neuralgieen dieses Nerven gebracht wird. Zwar bleibt der Nasentheil meist verschont oder zeigt sich die Empfindung in ihm geringer, aber oft wird von Eindrüken auf diesen der Schmerz in den übrigen Aesten des Trigeminus hervorgerufen; auch zeigt sich öfters bei den Neuralgieen des Quintus eine Veränderung in der Secretion der Nase; endlich ist die Quintusverzweigung in der Nasenschleimhaut ohne Zweifel der Grund, dass bei acuten Erkrankungen der leztern, selbst bei einfachem Catarrhe eine so verbreitete Schmerzhaftigkeit im ganzen Kopfe und oft heftige reissende und stechende Schmerzen in einzelnen Provinzen des fünften Nervenpaares wahrgenommen werden.

Die Schleimhaut, welche die Mund- und Rachenhöhle mit allen hereinragenden Organen, die Zähne ausgenommen, auskleidet und in die Ausführungscanäle aller dort mündenden Drüsen sich fortsezt, ist von ziemlich derber Beschaffenheit, blut- und nervenreich, vornehmlich in der Nähe der Grenze des Mundes. Unter ihr liegen, besonders zahlreich an der innern Seite der Lippen, in der Nähe der hintersten Bakenzähne, an der hintern Fläche des Velums und an der Zungenwurzel acinöse Schleimdrüsen von verschiedener Grösse und Verästelung. — Das Vorhandensein zahlreicher Schleimdrüsen erklärt die Geneigtheit der Mundhöhle zu disseminirten Hyperämieen und Exsudationen.

Die Schleimhaut zeigt an verschiedenen Stellen der Höhle ein wesentlich verschiedenes Verhalten, nicht nur in Beziehung auf die ungleich vertheilten Drüsen und Drüsenhaufen, sondern auch in Bezug auf Derbheit, Vascularisation und davon abhängige Morbilität.

Eigenthümlich stellen sich besonders dar: der höchst drüsen- und blutreiche innere Schleimhautüberzug der Lippen, mit welchem die Bakenschleimhaut noch am meisten übereinstimmt;

die kleinen Vorsprünge und Duplicaturen der Schleimhaut, welche die Lippen, die Zunge anheften (frenula), und welche ihrer geringen Tiefe wegen leicht der Siz zerstörender Affectionen werden;

die meist lokere, aber mit dichtem und reichlichem submucösem Bindegewebe versehene Schleimhaut, welche das Zahnfleisch bildet, wenig empfindlich, aber höchst gefässreich und sehr beträchtlicher Aufschwellungen und Luxuriationen fähig ist;

die straff über den Knochen herspannende, verhältnissmässig wenig vascularisirte Schleimhaut des Gaumengewölbes, welche darum weniger häufig Erkrankungen unterworfen, beim Eintritt von solchen aber um so mehr hartnäkigen Mortificationsprocessen ausgesezt ist;

die Schleimhaut, welche die Uvula bildet und der Lokerheit des Gewebes wegen zu serösen Durchdringungen überwiegend disponirt ist;

die Schleimhaut, welche den Zungenrüken überzieht, arm an Drüsen, straff an das Zungenfleisch angeheftet ist und daher keine submucöse Infiltration zulässt, dagegen reich an Gebilden eigenthümlicher Art: den fadenförmigen, dicht stehenden, höchst vascularisirten Papillen, welche wie ein Wald Zungenrüken und Ränder überziehen, bei der geringsten Hyperämie der Gewebe oder oft auch ganz isolirt intensiv injicirt erscheinen, die schwammförmigen Wärzchen, welche zwischen die fadenförmigen eingestreut sind, und die sparsamen am hintersten Theil des Zungenrükens befindlichen wallförmigen Papillen, welche beide Arten in pathologischer Beziehung geringeres Interesse, wenn auch hin und wieder ein isolirtes Erkranken zeigen.

Das Epithelium der Mundhöhle besteht aus einer ziemlich diken und unschwer abtrennbaren Schicht von Pflasterzellen und nähert sich in seiner Beschaffenheit der Epidermis der äussern Haut. Dieses Verhalten des Epitheliums erklärt auf dieser Schleimhaut das Vorkommen von Bläschen und Pusteln, wie sie sonst nur auf den allgemeinen Bedekungen sich zu finden pflegen.

Der reichliche Drüsenapparat der Mund- und Rachenschleimhaut ist noch verstärkt durch die Tonsillen, Haufen aggregirter Drüsenbälge, welche je zwischen den vordern und hintern Bogen des weichen Gaumens beider Rachenhälften liegen und ihr Secret durch mehrere weite Mündungen auf die Fläche der Schleimhaut ergiessen. Diese in gewöhnlichem Zustand platt länglichen ($1/2$" langen und $1/4$" breiten) Drüsenklumpen sind von einem reichlich vascularisirten Bindegewebe, welches die einzelnen geschlossenen Follikel umgibt und aneinander-

heftet, durchsezt und in der Nähe von wichtigen Arterien und Venen gelagert; daher kommt es, dass Anschwellungen und Vergrösserungen der genannten drüsigen Organe auf den Blutlauf in diesen Gefässen beeinträchtigend wirken können. Eine stärkere Geschwulst der Tonsillen kann namentlich auf die innere Jugularis wirken und den Rükfluss des Blutes aus dem Gehirne hemmen, überdem die ganze Rachenhöhle ausfüllen und dadurch sowohl den Eingang in den Schlund wie den in die Luftwege versperren.

In die Mund- und Rachenhöhle münden nicht nur die Schleimhautcanäle des innern Gehörorgans (Eustachische Trompete) und die schleimhautausgekleideten Ausführungsgänge der Speicheldrüsen, sondern jene steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Canälen der Speise- und Luftwege und die Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle sezt sich in die der hintern Nase, des Larynx und des Oesophagus in unmittelbarer Continuität fort, daher auch die Affectionen der erstern sich nach allen Seiten auf die Schleimhautauskleidung der einmündenden und sich anschliessenden Canäle ohne Schwierigkeit verbreiten können und fast in jedem einzelnen Fall nicht an den anatomischen Marken der Mund- und Rachenhöhle sich begrenzen, sondern bis in jene Theile mehr oder weniger vordringen. Andrerseits besteht keine irgend erhebliche Erkrankung in den sich anschliessenden Canälen, ohne dass die Mund- und Rachenhöhle nicht wenigstens in der Form der Hyperämie oder der Secretionsstörung alsbald Antheil nähme.

Die Musculatur der Mund- und Rachenhöhle besteht grösstentheils aus dünnschichtigen, mehr hautartigen Muskellagen und kommt nur in untergeordnetster Weise bei den pathologischen Verhältnissen in Betracht. — Der vorhangartige, aus Muskel und Schleimhaut bestehende Fortsaz, welchen das Gaumensegel (Velum) mit seinem stumpfen zipfelartigen Anhängsel (Uvula) bildet, scheidet auf eine unvollständige Art die Mundhöhle und Rachenhöhle, womit zugleich eine Scheidung der Nervenprovinz hergestellt ist, indem die Theile der Höhle, welche vor dem Gaumenbogen liegen, also die Mundhöhle, die Nerven vom Quintus, der dahinter gelegene Theil dagegen, die Rachenhöhle, dieselben vom Glossopharyngeus und Vagus erhält.

Die Masse der Zunge ist durch reichvascularisirtes, mit Bindegewebe durchzogenes Muskelfleisch gebildet, dessen Faserzüge ihrem Verlauf nach bis jezt noch nicht ganz genau festgestellt und vielfach unter einander verflochten und verwoben sind. Die Zungensubstanz ist durch Blutüberfüllung einer raschen und höchst bedeutenden Schwellbarkeit fähig, wobei sie ebensowohl nach hinten an Masse zunimmt und Luft- und Speisewege versperrt, als nach vorn wachsend zur Mundspalte heraushängt. Auf der Oberfläche und an den Seiten der Zunge zeigen sich bei den meisten Individuen kleine Furchen, welche bei den Einen seichter, bei den Anderen tiefer sind und in lezterem Fall den Uebergang zur abnormen Lappung der Zunge darstellen. — Von den ziemlich ansehnlichen Arterien der Zunge sind die Dorsaläste die weniger bedeutenden, die tiefen Aeste (Art. profunda und sublingualis) dagegen von solchem Kaliber, dass ihre Eröffnung nicht ohne Gefahr ist.

Die Speicheldrüsen, auf jeder Seite drei, stehen durch ihre Ausführungsgänge in unmittelbarer Continuität mit der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, sind aber auch noch durch ihre Lage zur Antlizprovinz gehörig. — Von ihnen ist in Betreff der Morbilität die Ohrspeicheldrüse die wichtigste, welche überdem auch noch durch ihre Lage zu dem Gehörorgan und durch die Nachbarschaft der grossen Gehirngefässe zu dem Gehirn bemerkenswerthe Beziehungen hat. Die Unterkieferdrüse erkrankt viel seltener und macht bei Störungen weniger Beschwerden; noch mehr treten die pathologischen Beziehungen der Unterzungendrüse zurük. — Noch häufiger als die Drüsen selbst erkrankt das Bindegeweblager, in dem sie sich befinden (zumal das der Parotis), und die Erkrankungen dieser Zellgewebsschichten sind häufig von dem des Drüsenparenchyms während des Lebens nicht zu unterscheiden,

Der gesammte Ausdruk, wie die sämmtlichen Einzeltheile der Antlizprovinz zeigen selbst in ihrer gröberen Gestaltung und noch mehr in ihren feineren Zügen eine individuelle Mannigfaltigkeit, wie sie in gleichem Grade an keinem anderen Theile des Körpers vorkommt oder doch wenigstens an keinem in gleichem Grade auffallend ist. Diese ausgeprägte Individualität bei gleichartiger Beschaffenheit der constituirenden Elemente ist nicht nur eine habituelle, das Individuum durch das ganze Leben characterisirende, sondern auch eine wechselnde und temporäre, von den jeweiligen Zuständen, Stimmungen, cerebralen und constitutionellen Vorgängen und Beziehungen abhängige. Darum sind diese Theile durch den individuellen Ausdruk, den sie darbieten, so benuzbar zu Schlüssen auf das sonst vielleicht mehr oder weniger verborgene Geschehen und Verhalten im individuellen Körper, zur Beurtheilung ebensowohl der permanenten Constitutionseigenthümlichkeiten und Anlagen und des cerebralen Characters, wie auch einer vorübergehenden Störung und

Situation, ja selbst zur Offenbarung der augenbliklichsten Stimmungen und Vorgängen. Der Gesammthabitus des Antlizes, seine Völle und Emaciation, die Spannung und Erschlaffung der Züge, die Coloration der Gesichtsfläche und der Mundhöhle, die pathologischen Producte auf ihnen geben die wichtigsten Aufklärungen über Sein und Geschehen am ganzen Menschen.

An den Organen und Theilen der Antlizprovinz wird die durch das ganze Leben sich fortziehende Umwandlung, die Entwiklung, die Abnuzung und der Verfall offenbarer, als an irgend einer andern Körperstelle. Bis zur vollendeten Ausbildung des Körpers ist die Fortentwiklung zu immer vollkommener werdender Leistungsfähigkeit und Zwekdienlichkeit überwiegend. Früher als an den meisten andern Theilen wird aber auch die Abnuzung und der Verfall bemerklich, welche schon während der progressiven Entwiklung durch einzelne Ereignisse (Ausfall der ersten Zähne) sich kundgeben.

Zunächst ist es das Antliz, an welchem man das wahre Alter, wie das vorschnelle Senium erkennt: die weiche und doch elastisch straffe, reich vascularisirte Haut, das reich mit Fett erfüllte und damit runde Formen darstellende, aber auch rascher Abmagerung und krankhaften Einlagerungen unterworfene subcutane Gewebe, die wenig vortretende Musculatur zeichnen die Jugend aus, während mit vorrükenden Jahren die Haut rauher und derber, pigmentreicher, aber auch blutleerer, welker und weniger elastisch wird, Falten und Runzeln in ihr stationär werden und der subcutane Zellstoff früher oder später fettarm wird, jedoch zu Infiltrationen bis ins hohe Greisenalter disponirt bleibt. — Die Entwiklung der Gesichtshaare um die Zeit der Pubertät stellt überdem beim männlichen Geschlechte einen schärferen Abschnitt in dem Verhalten des Antlizes dar, der auch auf die Gestaltung der Krankheiten nicht ohne Einfluss ist. S. die weiteren Altersanlagen bei der Aetiologie.

Nächst dem Antliz sind es vornehmlich die Zähne, welche durch ihre Veränderungen während des Lebens bemerkenswerth sind. Die Entwiklung, der Wechsel und der endliche Verlust der Zähne, obwohl physiologische Vorgänge, bestehen in einer Reihe von Processen, welche sonst nur in Krankheiten beobachtet werden und bieten Beispiele, wie ein Geschehen, das man als ein pathologisches anzusehen gewohnt ist, regelmässig für die Zweke des gesunden Lebens verwendet wird. Ja, es sind jene Vorgänge zuweilen sogar mit Erscheinungen im übrigen Körper verbunden, welche lästig, selbst gefährlich geradezu in das Gebiet des Pathologischen fallen. — Die Zähne fangen im 4ten Monat des Fötallebens an, sich in den Zahnfollikeln auf eine uns hier nicht weiter interessirende Weise zu bilden. Am Schlusse des ersten halben Lebensjahres beginnen sie in Folge ihres Wachsthums den mit Schleimhaut überzogenen Kieferrand zu durchbrechen. Dieser bald mit mehr, bald mit weniger Schwierigkeit erfolgende Durchbruch geschieht successiv und zwar mit meist ziemlich regelmässigen Intervallen, in der Weise, dass um den 7ten und 8ten Monat die 2 mittleren unteren Zähne (mittlere Schneidezähne), gegen das Ende des ersten Jahres die 4 oberen mittleren Zähne (obere Schneidezähne), um den 13ten bis 18ten Monat die 2 unteren (äussere Schneidezähne) und die 4 innersten Bakzähne, gegen das Ende des 2ten Jahres die 4 sogenannten Hundszähne und in der ersten Hälfte des 3ten Jahres 4 weitere Bakzähne zum Vorschein zu kommen pflegen. Die Schneidezähne, besonders die beiden unteren mittleren, dringen im Allgemeinen am schnellsten durch; bei den übrigen dauert der Durchbruch oft einen, selbst mehrere Monate. Je vollkommener die angegebene Regel des Hervortretens eingehalten wird, um so vollkommener pflegt sich die Regelmässigkeit der Zahnreihe herzustellen. Abweichungen von der Regel sind dagegen häufig, so sehr dass fast bei keinem Kinde alle Zähne bei ihrem Vorbrechen die angegebene Zeit genau einhalten. Die Abweichungen bestehen

entweder darin, dass der erste Zahn ungewöhnlich spät zum Vorschein kommt, nicht selten am Ende des ersten Jahrs, ziemlich selten erst nach dem 15ten Monat, höchst selten erst in der zweiten Hälfte des zweiten Jahrs oder noch später;

oder dass die Zahnentwiklung zu früh beginnt und sich abwikelt, nicht selten im 5ten Monat, ausnahmsweise schon im 2ten Monat anfängt, ja in seltenen Fällen sogar schon während des Fötalzustandes, vorschnelle Entwiklungen, welche meist auch auf die übrigen Zähne sich ausdehnen, und gewöhnlich von einem ungewöhnlich frühzeitigen Zugrundegehen der Zähne gefolgt sind, so dass die Kinder zuweilen schon im zweiten Jahre die Zähne wieder verlieren;

oder darin, dass die Ordnung im Vorbrechen der einzelnen Zähne gestört ist, was meist eine falsche Stellung derselben zur Folge hat;

oder darin, dass einzelne spätere Zähne länger zögern oder ausbleiben;

oder endlich darin, dass überzählige Zähne erscheinen.

Diese Anomalieen mögen in vielen Fällen örtliche Ursachen haben, welche sich der Beobachtung entziehen. Andremale scheinen sie in der Constitution begründet zu sein, indem man bei rhachitischen Individuen eine Verspätung, bei manchen sonst kränklichen und bei scrophulösen Kindern zuweilen eine Verfrühung der Zahnentwiklung beobachtet. Genau lässt sich jedoch der Einfluss der Constitution auf die Zeit und Art der Entwiklung der Zähne nicht formuliren.

Der Vorbruch der Zähne ist in den meisten Fällen von einigen Beschwerden eingeleitet: schmerzhaften Empfindungen, welche die Kinder unruhig machen, sie plözlich aufschreien lassen, da und dort die Nachtruhe stören, sie ängstlich machen zu saugen und doch wieder sie veranlassen, auf härtere Dinge zu beissen, die Finger in den Mund zu schieben u. dgl.; es zeigt sich einige Röthung und Schwellung des Zahnfleisches mit erhöhter Wärme der Mundhöhle und gesteigertem Durst; endlich eine mässige Salivation. Doch sind diese meist Monate lang dem Zahnausbruch vorangehende Zufälle bei vielen Kindern zum Uebersehen gering und sie lassen oft gerade in den lezten Tagen und Wochen vor dem Erscheinen des Zahnes nach, so dass die Zähne scheinbar ohne alle begleitende Symptome vorbrechen (leichtes Zahnen).

In andern Fällen schliesst sich der Zahnentwiklung, namentlich der des ersten Zahns, der Hundszähne und der der Zähne der obern Kinnlade überhaupt eine Reihe mehr oder weniger schwerer Zufälle an, und zwar in jeder Isolation und Combination und in jedem Grade der Heftigkeit (Dentitio difficilis). Es sind diess:

örtliche Störungen: äusserst heftige Schmerzen, welche bald plözlich die Kinder aufschreien machen und in die heftigste Agitation versezen, bald sie Tage und Wochen lang nicht zur Ruhe kommen lassen; intensivere Gingiviten; reichliche Salivation — Zufälle, welche bei Vernachlässigung, bei sonstigen nachtheiligen Einwirkungen (Versäumniss der Reinlichkeit), bei ungünstigen Prädispositionen die Entwiklung von schwereren Stomatiten und selbst von Mortificationsprocessen determiniren können (s. die speciellen Krankheitsformen der Mundhöhle);

constitutionelle Störungen: heftige psychische Aufgeregtheit, Empfindlichkeit gegen äussere Eindrüke, gestörter Schlaf, Erethismus; Fieber von den leichtesten Spuren (rother, heisser Wange) bis zu den äussersten Graden der Fieberhize, der Pulsfrequenz, der febrilen Agitation (Convulsionen) und Somnolenz; zeitweiser Collapsus, der plözlich eintritt und ebensoschnell wieder verschwindet, aber auch von unerwartetem Tode gefolgt sein kann; schlechte Ernährung, Abmagerung und krankes Aussehen: selbst die lezteren, noch mehr aber die übrigen von der Dentition abhängigen constitutionellen Anomalieen haben das Eigenthümliche, höchst unregelmässige Schwankungen, plözliche Besserung und eben so unmotivirte schwere Rükfälle zu zeigen;

verschiedene locale Zufälle in entfernten und bei der Zahnentwiklung nicht direct betheiligten Organen, Zufälle, welche wohl zum Theil in andern Umständen ihre Mitursache haben mögen, welche aber während der Zahnentwiklung unendlich häufiger beobachtet werden und oft genug in dieser Zeit gleichsam spontan und durch keine sonstige Schädlichkeit motivirt auftreten. Es sind: Husten, plözliche Dyspnoe, Erbrechen, Diarrhoeen, Leibschmerzen, Zufälle, welche zum Theil mit der Salivation zusammenhängen mögen und oft eben so schnell wieder verschwinden, als sie alarmirend mit grosser Heftigkeit auftreten; Convulsionen eclamptischer Art, Schielen und andere Contracturen; aber auch zusammengeseztere Krankheitsformen, welche eine schwere Störung des Darmkanals oder des Gehirns simuliren; doch auch Hautkrankheiten (Strophulus, Ecthyma, Furunkel) und Brustaffectionen (Laryngiten, Bronchiten).

Ausserdem hat die Entwiklung der Zähne auf zufällig incidente oder vorher bestehende Affectionen einen wesentlich erschwerenden, zumal die Erscheinungen des Fiebers, der Agitation und der übrigen Nervensymptome steigernden und die Gefahr erhöhenden Einfluss, wobei jedoch nicht immer nach dem Zumvorscheinkommen des ausbrechenden Zahns sofort eine günstigere Gestaltung der begleitenden Krankheit sich zeigt, vielmehr die einmal zuwegegebrachte Agitation und Aufregung auch nach vollbrachtem Zahnvorbruch für sich fortdauern und das Individuum gefährden können.

Endlich kann die Dentition wie jede andere Störung des gleichmässigen Befindens constitutionelle und örtliche Störungen, zu welchen die Disposition vorhanden ist oder welche sich in latenter Weise vorbereitet haben, zum Ausbruch bringen,

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Die Entwiklung der zweiten Zähne ist weit seltener von lästigen Zufällen begleitet; zuweilen jedoch von heftigen Neuralgieen, manchmal von einem krampfhaften Husten oder anderen spasmodischen Zufällen der Respirationsorgane, seltener von hartnäkiger Diarrhoe, häufiger von Gehirnzufällen. — Erst die Weisheitszähne bringen zuweilen wieder eine Gefahr von grösserem Belang: Necrose des Knochens mit Anschluss einer septischen Pharyngitis und mässiger Entzündung der Nachbarschaft der Speicheldrüsen und ihrer Zellgewebslager.

Der Wiederausfall der sogenannten bleibenden Zähne geschieht entweder durch Zahnkrankheiten und Verlezungen, durch Atrophie oder eine krankhafte Ausfüllung der Alveolen des Kiefers, in welchen die Zähne steken, mit Knochenmasse; häufig auch durch constitutionelle Zustände. Das Ausfallen ist ein fast normaler Hergang im hohen Alter, zeigt sich aber sehr gewöhnlich in verfrühter Weise.

Nur höchst selten findet in vorgerükterem Alter eine dritte Entwiklung von Zähnen statt, welche dann meist sparsam, vereinzelt, unvollkommen gebildet sind und gewöhnlich bald wieder zu Grunde gehen.

In geringerem Maasse, doch immer noch deutlich genug, finden Veränderungen der Weichtheile der Mund- und Rachenhöhle im Laufe der Jahre statt. Die Zunge wird schon zeitig derber und voluminöser und zeigt im vorgeschrittenen Alter oft tiefe Einschnitte und Furchen. Das Zahnfleisch, lebhaft geröthet und zart in der Jugend, wird später entweder atrophisch oder gewulstet.

Die Knochen der Antlizprovinz folgen der übrigen Entwiklung des Knochengerüstes; doch bleiben sie in dem ersten Kindesalter hinter der des Schädels zurük und holen diese erst im zweiten Kindes-, im Jünglings- und Mannesalter ein. Mit dem Verluste der Zähne beginnt der Involutionsprocess in den Kiefern, der in der Mandibula überwiegende Fortschritte macht.

Die Organe der Antlizprovinz sind für höchst zahlreiche Functionen bestimmt und zwar in der Weise, dass ein und dasselbe Organ mehrfach verschiedenen Aufgaben entspricht und zu dem Ende mittelst verschiedener Nerven mit den Centraltheilen des Organismus (Gehirn und Rükenmark) in Verbindung steht, dass andererseits aber auch mehrere Organe häufig zu einem Zweke zusammenwirken. Die einzelnen Functionen sind:

Empfindungen der verschiedensten Art: ausser den vier Kopfsinnen Wärme- und Tastempfindungen, welche über die ganze Cutis- und Schleimhautausbreitung der Provinz einen ziemlich hohen Grad von Schärfe haben, und Schmerzempfindungen, welche vornehmlich durch den Quintus vermittelt werden.

Das Seh- und das Gehörorgan, dessen Krankheiten zu ausgebildeten Specialitäten geworden sind, sollen hier nicht weiter zur Besprechung kommen.

Nicht nur die gesammte Antlizfläche, sondern auch die Nasenschleimhaut und die ganze Auskleidung der Mund- und Rachenhöhle zeigen eine ziemlich feine Empfindlichkeit sowohl für mechanische Eindrüke, als auch für Temperaturgrade; dieselbe ist von ausserordentlicher Feinheit an dem vordern Theil der Zunge und überbietet dort selbst die feine Tastempfindlichkeit an den Finger-

spizen. Für diesen Zwek dienen der Antlizprovinz zahlreiche Zweige und Fasern vom fünften Gehirnnervenpaar.

Sehr häufig werden sowohl im gesunden, als im kranken Zustande Tastempfindungen für Geschmaksempfindungen genommen, wie die Empfindung des Kühlenden, Scharfen, Aezenden, Faden, Pappigen, Sandigen u. s. w. Die Empfindlichkeit der vordern Mundpartieen für Temperaturgrade ist so bedeutend, dass die Wärme einer Speise oder eines Getränks, die für die vordere Hälfte der Zunge unerträglich ist, in den hintern Rachentheilen bereits nicht mehr lästig, beim Hinunterschluken im Oesophagus und Magen aber gar nicht mehr empfunden wird. Diese Wärmeempfindlichkeit ist daher ein guter Wächter für die tiefer gelegenen Theile und verhindert oft deren Beschädigung durch zu heisse Ingesta. Die Empfindlichkeit gegen Wärme wird noch ausserordentlich gesteigert, wenn der Theil hyperämisch oder erodirt ist.

Geruchseindrüke werden fast nur beim Einathmen deutlich percipirt. Die der ausgeathmeten Luft beigemischten Riechstoffe machen, wenn sie auch dieselben Stellen treffen, keinen Eindruk. — Die Geruchseindrüke werden durch den Olfactorius vermittelt, welcher sich nur in die obern Theile der Nasenschleimhaut verbreitet und weder in die Nebenhöhlen, noch bis auf die untern Muscheln herabdringt. Die Physiologie des Riechens enthält noch vieles Dunkle und Widersprechende. Die Unversehrtheit des Olfactorius und der vordern Gehirnlappen ist für das Wahrnehmen von Geruchseindrüken Bedingung; aber der Geruchssinn mindert sich auch, wenn die Nasenschleimhaut troken, oder hyperämisch, oder mit reichlichem Secrete bedekt ist, oder wenn das Einathmen durch die Nase erschwert ist. Auch das Fehlen der äussern Nase schwächt das Riechen sehr, ebenso die Lähmungen des Facialis. Starke Eindrüke auf den Olfactorius können heftig, erregend und lähmend auf das Gehirn wirken. Ob sie Reflexbewegungen der Exspirationsmuskeln (Niessen) herbeiführen können, ist zweifelhaft, vielmehr erfolgt diess mehr auf mechanische Eindrüke und ohne Zweifel mehr unter Vermittelung des Quintus.

Geschmakseindrüke werden nur durch tropfbarflüssige oder in der Mundflüssigkeit sich lösende Stoffe von bestimmten, der wesentlichen Beziehung nach nicht bekannten Qualitäten hervorgerufen. Als Geschmaksorgan dient die Schleimhaut der Mundhöhle und zwar in vorzugsweisem Grade der Rand und die hintere Hälfte der Zunge, der hintere Gaumenbogen, die Oberfläche der Mandeln und der oberste Theil des Schlundes. Die übrigen Partieen der Mund- und Rachenhöhle zeigen theils gar keine, theils nur eine unvollkommene Fähigkeit, Geschmakseindrüke aufzunehmen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass gewisse Geschmaksqualitäten an einzelnen Stellen wenn nicht allein, so doch vorzugsweise und überwiegend empfunden werden, so das Süsse an dem Rand der Zunge, das Bittere auf der hinteren Hälfte des Rükens der Zunge, andere Substanzen (z. B. Eisensalze) am Gaumensegel. Auch ist es nicht selten, dass ein und derselbe schmekende Körper an verschiedenen Stellen der Mundhöhle eine verschiedene Geschmaksempfindung hervorruft. Jedoch sind darüber die Erfahrungen noch zu wenig rein. — Noch weniger lässt sich mit Sicherheit über das Verhalten der sogenannten Geschmakspapillen der Zunge sagen; nur soviel ist gewiss, dass die nach hinten zu liegenden Papillae vallatae vorzugsweise bittere Geschmaksempfindungen vermitteln. — Der Nerve des Geschmaksinns ist ohne Zweifel der Glossopharyngeus. — Sobald die Mundhöhle troken oder mit dikem Schleim überzogen ist, hört der objective Geschmak auf; was in solchem Falle gefühlt wird, sind theils Tasteindrüke, theils subjective Geschmaksempfindungen. Subjective Geschmaksempfindungen zeigen gewöhnlich nicht die feinen Nüancirungen des objectiven Geschmaks; nur bei hypochondrischen Individuen, bei welchen überhaupt alle subjectiven Empfindungen sich mehr specialisiren und durch eine geistige Verarbeitung grössere Schärfe erhalten, werden auch die subjectiven Geschmaksempfindungen concreter.

Schmerzempfindungen können an allen Stellen der Antlizprovinz vorkommen, an welchen der Quintus seine Verbreitung hat. Ob auch andere Nerven, die sich in der Antlizprovinz verbreiten, Schmerzempfindungen leiten können, ist zweifelhaft; am ehesten scheint nach pathologischen Thatsachen eine, wenn auch beschränkte Schmerzempfindlichkeit dem Facialis zugeschrieben werden zu müssen.

Die motorischen Functionen der Antlizprovinz sind von mannigfach verschiedener Art und Aufgabe: die Bulbusbewegungen, die mimischen Bewegungen, die Hilfsbewegungen beim Athmen oder bei modificirten

Arten die Lufteinziehung und Ausstossung, die Lautarticulation, die Bewegungen zur Einführung von Substanzen in Mund- und Rachenhöhle, zur Festhaltung oder Ortsveränderung in derselben und zur Entfernung aus ihr, die masticatorischen Bewegungen. Die Musculatur ist behufs dieser verschiedenen Leistungen in Gruppen geordnet, welchen eine beschränkt isolirte Thätigkeit zukommt, während sie bei andern Aufgaben mit den übrigen zusammenwirkt. Die einzelnen Functionsaufgaben sind bald von bestimmten Nerven abhängig: die Mimik vom Facialis, die Mastication vom Quintus, die Zungenbewegung vom Hypoglossus; bald concurriren mehrere Stämme in combinirter oder wechselnder Thätigkeit: bei der Lautbildung, den Augenbewegungen, der Einführung und Fortbewegung der Substanzen, welche dem Magen zugeführt werden sollen. — Die motorischen Functionirungen der Antlizprovinz können sämmtlich durch directen Impuls vom Gehirn aus in Thätigkeit kommen; die Functionirung steht ununterbrochen unter einer bald entscheidenderen, bald nur modificirenden Influenz der Gehirnvorgänge und Gehirnzustände; sie wird aber auch mitbestimmt und mitgestaltet durch locale Einwirkungen auf sensitive Stellen, auf Muskeln und motorische Nerven, sowie durch die Stimmungen des individuellen Gesammtbefindens.

Mit Umgehung einer näheren Betrachtung der mannigfachen Formen und Modificationen, welche die motorischen Thätigkeiten der Antlizprovinz zulassen, soll hier nur auf die pathologisch wichtigeren Beziehungen Rüksicht genommen werden.

An der Gesichtsfläche lassen sich vornehmlich folgende Muskelgruppen unterscheiden:

die Augenpartieen,
die Nasenpartie,
die Wangenpartieen,
die Lippenmuskel,
die Kaumuskel.

Hiezu kommen in der Mundhöhle

die Zunge,
das Velum,
die membranöse Musculatur des Pharynx.

Jede dieser motorischen Provinzen lässt ein isolirtes Functionsverhalten zu; durch die Vereinigung der Thätigkeit mehrerer werden weitere Formen der Leistungen gewonnen.

Dabei wirken in den meisten Fällen des normalen Functionirens wie der krankhaften Abweichungen die entsprechenden Apparate beider Hälften der Antlizprovinz gleichzeitig und gemeinschaftlich. Eine einseitige Ruhe oder Thätigkeit oder eine überwiegende Ruhe und Thätigkeit einer auf einer Hälfte gelegenen Muskelgruppe lässt, wenn sie nicht vorübergehend ist oder entschieden vom Willen abhängig oder durch örtliche Hindernisse bedingt erscheint, mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht eine locale peripherische Erkrankung, sondern eine Störung in der Nervenbahn oder im Gehirn erwarten.

Die Muskel der Augengegend, welche den Bulbus bewegen und die Augenlider schliessen und öffnen, haben das Eigenthümliche, dass sie, obwohl auf einen kleinen Raum vereinigt, doch unter dem Einfluss mehrer verschiedener Nerven stehen: der Augenbraunrümpfer und der Schliesser der Augspalte (Orbicularis palpebrarum) unter dem des N. Facialis, der Oeffner (Levator palp. sup.) unter dem des Oculomotorius, der obere, innere und untere Rectus und der untere schiefe Muskel ebenfalls unter dem des Oculomotorius, der äussere Rectus unter dem des Abducens, der obere Obliquus unter dem des Trochlearis. Diese Verhältnisse sind weniger für die peripherischen Störungen der betreffenden Gegend, als für die der Nervenstämme und des Gehirns von Interesse.

Die Bewegungsfähigkeit der Nase ist nur gering und kommt nur bei den die Respiration begleitenden Actionen der Gesichtsfläche in Betracht.

Die Bewegungen der Wangengegend stehen unter dem Einfluss des Facialis. Sie verlängern die Mundspalte, sind bei mimischen Actionen vorzüglich betheiligt

und vermögen einen die Mundhöhle ausdehnenden Inhalt (Luft, Flüssigkeit, festweiche Substanzen) auszustossen und aus ihr zu entfernen.

Die **Lippen** sind mittelst ihrer Levatoren, Herabzieher und vornehmlich mittelst des Orbicularis oris höchst mannigfacher Bewegungen fähig, welche sämmtlich unter dem Einfluss des Facialis stehen. Lippen und Mundspalte können dadurch die verschiedenartigsten Gestaltungen annehmen, wodurch sie bei den mimischen Actionen, bei dem Erfassen der Ingerenda, bei der Articulation der Laute und bei modificirten In- und Exspirationen sehr wesentlich mitwirken.

In der **Mundhöhle** sind nur die Actionen des Velum und der Zunge von bemerklicher Wirkung.

Das **Velum** ist nur weniger Bewegungen fähig: es wird gehoben (durch den Levator veli), gespannt (durch den Tensor veli), nach unten gezogen und zugleich verkürzt bald in seinem vorderen Bogen (durch den vorderen Constrictor), wodurch der Ausgang der Mundhöhle verengt oder geschlossen wird, bald in seinem hinteren Bogen (durch den hinteren Constrictor), wodurch der Pharynx von den Choanen abgeschlossen wird; endlich kann durch den Azygos uvulae das Zäpfchen verkürzt werden. Alle diese Bewegungen stehen unter der Innervation des Glossopharyngeus und vielleicht des Vagus.

Die membranös ausgedehnte und zwischen der Schleimhaut und der äusseren fibrösen Umkleidung des häutigen Anfangs des Digestionskanals gelagerte **Pharynxmusculatur** lässt vermöge ihrer Longitudinalfasern (Levatores) eine Verkürzung des Schlundkopfs, vermöge ihrer Querfasern (Constrictores pharyngis) eine Verengerung desselben zu, welche wurmförmig von oben nach unten fortschreitend den Inhalt des Schlundkopfes in den Oesophagus drängt und dem Willensimpulse nicht unterworfen ist, sondern unter dem Einfluss der (aus Fasern des Glossopharyngeus, Vagus, Accessorius und Sympathicus gebildeten) Plexus pharyngei steht.

Mit ihrem complicirten Muskelgewebe ist die **Zunge** sehr vielfacher Bewegungen fähig: namentlich einer Verbreiterung und Verschmälerung, einer Erhebung und Abflachung ihrer Ränder und ihrer Spize, einer Abwärtsrollung der Lezteren, einer Vorstrekung und Zurükziehung, einer Seitwärtsschiebung und mehrfacher Combinationen dieser Bewegungen. Der Antheil der einzelnen Muskelpartieen der Zunge, welche durch die Muskel des Zungenbeins noch unterstüzt werden, ist nicht genügend festgestellt. Der für pathologische Verhältnisse wichtigste Muskel ist der Genioglossus, der bei seinem Ansaz an der Spina mentalis interna einerseits und in der Zungenwurzel andrerseits durch seine Zusammenziehung die im Schlunde ruhende Zungenwurzel der Spina des Unterkiefers nähert, daher bei gleichmässiger Thätigkeit auf beiden Seiten ein Vortreten der Zungenspize vor die Mundöffnung hervorbringt, bei einseitiger Thätigkeit die Wurzelhälfte der activen Seite der Spina nähert, somit die vortretende Spize eine Richtung gegen die unthätige Seite hin nehmen lässt. Die Querschichten und Längenschichten des Zungenfleisches bewirken die Verkürzung, Umbeugung, Verschmälerung der vorderen Zungentheile und lassen durch ihre vielfach gekreuzte Lagerung die grosse Beweglichkeit der einzelnen Punkte derselben zu. Alle diese Bewegungen der Zunge stehen unter dem Einfluss der Nervi hypoglossi der beiden Seiten.

Die **combinirten Actionen der Musculatur der Antlizprovinz** sind vornehmlich folgende:

Die **mimische** Thätigkeit wird durch die Musculatur der Antlizfläche bestimmt und hängt von dem Zusammenwirken oder dem isolirten Einfluss der N.N. facialis, quintus (portio minor), oculomotorius, trochlearis und abducens ab. Sie besteht

in einem permanenten Tonus der Muskel, durch welchen der habituelle Character der Physiognomie vornehmlich bedingt wird, und welcher unter dem Einfluss der dauernden Hirnstimmungen steht;

in verschiedenen combinirten Zusammenwirkungen einzelner Muskelpartieen von den leichtesten Spuren bis zu den äussersten Graden der Contractionen, wodurch bald die vorübergehende Stimmung des Gehirns sich ausdrükt, bald heftigere Erregungen sich unwillkürlich kundgeben, bald willkürlich eine bestimmte Modification der Physiognomie hergestellt wird, bald endlich krankhafte Störungen in der Innervation und Irritationen durch Paralysen und Krämpfe in den einzelnen Nervenbahnen sich verrathen.

Das **Erfassen und Einführen** der in die Mundhöhle aufzunehmenden Speisen geschieht mit der Lippenmusculatur, mittelst der Kaumuskel (durch Ergreifen mit den Zähnen oder den überhäuteten Alveolarfortsäzen), mit der Zunge und mittelst einer gezogenen, unvollständigen Inspiration, — Bewegungsacte, welche von mehren verschiedenen Nerven (Facialis, Quintus, Hypoglossus etc.) abhängig sind und bis zu einem gewissen Grad einander zu ersezen vermögen. — Die **Zermalmung** der

harten Speisen (Kauen) mittelst der Zähne wird von den unter dem Einfluss des Quintus stehenden kräftigen Kaumuskeln vollbracht. — Die Hin- und Her- und die Weiterbewegung des Eingeführten geschieht theils mittelst der Kaumuskel, theils vorzüglich mit Hilfe der Zunge und unter Mithilfe des Velum, durch welches vornehmlich der Eingang in die Choanen versperrt wird. In den Pharynx gelangt wird von der dortigen Musculatur die Masse mittelst einer peristaltischen und dabei unbewussten Bewegung nach dem Oesophagus geschoben.

Die rsepiratorischen Bewegungen der Antlizprovinz sind bei normalem und ruhigem Athmen sehr gering und meist gar nicht bemerkbar. Bei stärkerer Inspiration heben sich die Nasenflügel und erweitert sich das Nasenloch, zieht sich das Velum zusammen und senkt sich die Zunge. Bei verstärkter Exspiration werden einzelne Theile (Nasenflügel, Wangen, Lippen, Velum) passiv bewegt und ausgedehnt, ziemlich ebenso, wie ihre passive Bewegung eintritt, wenn sie gelähmt sind. Ausserdem treten bei manchen Arten heftiger In- und explodirender Exspiration nicht selten in vielen, selbst sämmtlichen Antlizmuskeln mehr oder weniger starke Mitbewegungen ein, oder erhalten durch die Theilnahme der Antlizmuskel, namentlich der Mundmusculatur, die Exspirationen einen mimischen oder tönenden Character.

Die Articulation der Laute, der Mechanismus der Sprache hängt allein oder doch überwiegend von den motorischen Apparaten der Antlizprovinz: von den Lippen, den Muskeln des Unterkiefers, den Gaumensegeln, vor allen von der Zunge ab. Die Beweglichkeit dieser Organe und ihre Beherrschung durch Gehirnimpulse ist zu dem Ende der feinsten Ausbildung fähig, und diese Theile lassen in solchem Falle eine unendliche Mannigfaltigkeit und den raschesten Wechsel von Bewegungen und von Bewegungscombinationen zu. Die Bedingungen ihrer vollkommenen Thätigkeit sind theils eine ursprünglich normale und glükliche Organisation derselben, theils eine durch Uebung erworbene Fertigkeit, sofort aber eine Erhaltung der Integrität der Bewegungsorgane selbst und in gewissem Maasse auch der sie überziehenden Schleimhaut, endlich der ununterbrochene Zusammenhang der peripherischen Ausbreitung der motorischen Nerven mit dem Gehirn und eine unbeeinträchtigte Functionirung des lezteren selbst.

Hienach ist es ersichtlich, dass Anomalieen in der Lautbildung und in der Vollkommenheit des Sprechvermögens nicht nur von den verschiedensten Zuständen, sondern auch von den verschiedensten Theilen: dem Gehirn, den motorischen Nerven des Sprechapparats, den Muskeln des leztern, der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, dem knöchernen Gerüste der Mundhöhle, dem richtigen Verhältniss der Befeuchtung der Theile, und auf indirectem Wege von den Sinneseindrüken, von der gesammten Constitution abhängen können. Somit ist bei einer Anomalie in diesen Functionen stets die Rüksichtnahme auf alle diese Verhältnisse geboten und nicht zu vergessen, dass eine solche nur in der Minderzahl der Fälle von den Theilen der Mund- und Rachenhöhle selbst ausgeht.

Die Betrachtung des Mechanismus der Sprache im Einzelnen muss hier unterbleiben. Für Beurtheilung pathologischer Verhältnisse muss zunächst daran erinnert werden, dass eine vollkommene Beherrschung dieses Mechanismus und seiner unendlich mannigfaltigen Modificationen, d. h. die ungehinderte und in vollkommener Reinheit bewerkstelligte Hervorbringung der gewollten Laute, freie und scharfe Innervation, sowie genügende Uebung, Ausbildung und Unversehrtheit der bei dem Laute betheiligten Partieen der Mund- und Rachenhöhle voraussezt, dass aber auch bei Abnormitäten in anderen als den den Laut hervorbringenden Partieen oft der Laut durch Beimischung anderer Töne verunreinigt wird. Es lässt sich hienach häufig aus der Art der Hervorbringung der Laute überhaupt oder einzelner derselben ein Schluss auf pathologische Verhältnisse machen. Um einen solchen Schluss zu ziehen, müssen wenigstens die gröberen Modificationen in der Conformation der Mund- und Rachenhöhle, wie sie für die einzelnen Laute nöthig sind, berüksichtigt werden.

1) Weite Oeffnung der Mundspalte ist für die Hervorbringung des Lautes a, eine etwas geringere für e und o nöthig.

2) Verengerung der Mundspalte findet statt bei den Lauten i, u und w.

3) Verschliessung der Mundspalte bei b, p, m.

4) Verengerung der Zahnpforte durch Anlegung der Zunge bald an der oberen, bald an der unteren Zahnreihe, selten durch Schliessung der Zahnreihen selbst findet bei allen Zischlauten statt: s, sch, englisches th, z u. s. w.

5) Mehr oder weniger vollständige Schliessung der Zahnpforte entweder durch die Zunge bei l, d, t, oder durch die Unterlippe bei f.

6) Durchströmender Luftzug bei Offenheit der hinteren Mundtheile bringt den Laut h hervor.

7) Verengerung der hinteren Mundhöhle (durch Hebung des Zungenrükens) findet statt bei j, g.

8) Verschliessung dieses Theils durch denselben Mechanismus bei k.

9) Verengerung der Rachenhöhle in verschiedenen Graden bei ch und seinen verschiedenen Modificationen.

10) Ausstossung der Luft durch die Nase bei n und m.

11) Vibration der Zunge, des weichen Gaumens und zulezt der gesammten Mundhöhle bei r in den verschiedenen Graden des Schnarrens.

Ein weiterer Unterschied des Mechanismus der Lautbildung besteht darin, dass die Einen mittelst eines anhaltenden, die in entsprechender Weise gestellten Mundpartieen durchstreichenden Luftstroms gebildet werden: die Vocale, die Zischlaute, die Laute ch, f, h, j, l, r, w, bei Einigen die Luft durch die Nase entweicht: m, n, die Andern dagegen beim gewaltsamen Durchbrechen der Luft durch die zuvor in entsprechender Stellung mehr oder weniger vollkommen geschlossen gehaltenen Mundpartieen entstehen, nämlich d, t, g, k, b, p (explosive Laute).

Die verschiedenen Idiome und Dialecte haben unendliche Variationen dieser Grundlaute hergestellt, die zum Theil auf höchst subtilen Modificationen in der Ausführung und Combination der angeführten wesentlichen Arten der Stellung der Mund- und Rachentheile beruhen, Modificationen, die häufig nur durch eine von früher Kindheit an beginnende und fortgesezte Uebung der betreffenden Muskel geläufig werden können. S. darüber Kempelen (Mechanismus der menschlichen Sprache, 1791), Purkinje (Badania w przedmiocie fizyologii mowy Ludskiéj, 1836), die Physiologieen von Magendie (Zusäze in Heusinger's Uebersezung), Müller, Valentin, ferner M. Rapp (Versuch einer Physiologie der Sprache I. 1836).

Die Fähigkeiten zu den motorischen Functionen und die Arten der Leistungen auf gegebene Ursachen und Veranlassungen bieten schon innerhalb der Breite der Gesundheit die grössten individuellen Differenzen dar, und die Fähigkeiten sind nicht nur durch ursprüngliche Anlage höchst verschieden, sondern auch der umfassendsten Ausbildung zugänglich. Noch mehr aber zeigen die motorischen Functionen in Krankheiten die zahlreichsten und feinsten Abstufungen der Beeinträchtigung, wodurch sie nicht nur für die Störungen der Theile selbst, sondern auch für die der Nervencentren und der Constitution die ergiebigsten Aufschlüsse liefern. Immer aber ist für die richtige Beurtheilung und Werthschäzung der besonderen Formen und Abweichungen der motorischen Functionen eine umsichtige Analyse unerlässlich, wie viel von ihnen der Influenz des Gehirns, wie viel localen Verhältnissen der Apparate und topischen Einwirkungen auf diese und wie viel den Stimmungen der Gesammtconstitution zuzurechnen sei.

Secretionen finden sich in grosser Mannigfaltigkeit in der Antlizprovinz. Ausser den Secretionen, welche die Antlizfläche mit der übrigen Cutis gemein haben, welche aber auf jener ganz besonders reichlich sind, sowie den gleichfalls durch Copiosität sich auszeichnenden Schleimsecretionen der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle bestehen. Die Secretionen der Thränen, deren Zwek zweifelhaft, die des Speichels, welcher zur Durchfeuchtung der Nahrungsbissen, zur Beimischung von Luft zu denselben und zur vorbereitenden Umwandlung des Stärkmehls der Nahrung dient, endlich die der Tonsillenfollikel mit unbekannter Aufgabe. — Die Secretionen geschehen theils ununterbrochen, theils werden sie herbeigeführt oder doch gesteigert durch örtliche Einwirkungen; sie sind aber auch für die Influenz allgemein-constitutioneller Zustände höchst empfindlich und mitabhängig von cerebralen Vorgängen und sympathischen Einflüssen.

Die Secretionen des Schweisses und des Talges auf der Antlizfläche unterscheiden sich nicht wesentlich von denselben Secretionen auf der übrigen Cutis; nur ist die Talgsecretion auf jener reichlicher, als an den meisten übrigen Stellen des Körpers, wodurch die Exsudate der Gesichtsfläche bald mehr, bald weniger modificirt werden, indem Talgsecret in verschiedenem Maasse sich beizumischen pflegt.

Die Schleimsecretion in der Nase zeigt schon innerhalb der Breite der Gesundheit quantitative und qualitative Verschiedenheiten von nicht unbeträchtlichem Grade. Zwar ist im vollkommen normalen Zustand die Schleimhaut der Nase troken

und die secretorische Thätigkeit beschränkt sich fast auf Epitheliumproduction; dagegen sind mässige Steigerungen des Secretes bei vielen Individuen so habituell und zugleich so gleichgiltig, dass sie kaum als krankhaft angesehen werden können. In noch höherem Grade ist diess der Fall auf der ohnediess feuchten Schleimhaut der Choanen, auf der selbst eine ziemlich reichliche und sogar dem Eiter sich nähernde Schleimsecretion ohne alle sonstige Störung zuweilen das ganze Leben hindurch fortbesteht.

In der Mundhöhle findet sich eine Feuchtigkeit, die unter gewissen Umständen, besonders während des Kauens und bei leichten Reizungen der Auskleidung der Mund- und Rachenhöhle copiös wird und die Flüssigkeit darstellt, die man Speichel nennt. An der Secretion desselben nehmen ohne Zweifel mehrere Apparate Theil, namentlich die Schleimdrüsen der Höhle, die Parotis, die Submaxillardrüse und die Sublingualis, und es ist desswegen dieses Secret ein gemischtes, bei welchem der Antheil der einzelnen Secretionsstätten wenigstens im gesunden und unverlezten Zustand nicht ermittelt werden kann. Dieser Speichel stellt sich bei Abwesenheit von Störungen und krankhaften Reizungen als eine farblose oder kaum getrübte, klebrige, etwas schaumige, schwach alkalinische Flüssigkeit dar, welche ein specifisches Gewicht von 1,004—1,009 zeigt, ausser beigemischten Epithelialblättchen nur amorphe körperliche Theile und seiner chemischen Zusammensezung nach sehr wenig ($^1/_2$—1%) feste Bestandtheile enthält, unter denen der sogenannte Speichelstoff (Ptyalin), eine ihrer Natur nach nicht genau erforschte Substanz, der wichtigste ist und ausserdem auch Schleimstoff, Fett, Salze sich befinden. Die Parotis scheint die Hauptstätte der Production des Speichelstoffes zu sein, jedoch ist dessen Anwesenheit in dem Producte der übrigen Secretionsorgane der Mundhöhle sehr wahrscheinlich. Die Speichelsecretion zeigt nicht nur ihrem Maasse nach eine ungemeine Variation im Laufe jedes Tages, und geringfügige örtliche Einflüsse (mechanische und chemische Reizung der Schleimhaut), sowie gewisse Einwirkungen des Nervensystems (Anblik von geniessbaren Dingen und Erinnerung an solche, ferner nach Ludwig das Galvanisiren des Trigeminus und Facialis) vermögen die Menge des Secretes sehr bedeutend zu vermehren; sondern es zeigt die Speichelsecretion auch eine grosse Veränderlichkeit in Beziehung auf die Zusammensezung des Eductes, dergestalt, dass durch Verhältnisse, die sich der Beobachtung ganz entziehen, der Speichel alsbald eine andere Beschaffenheit annimmt, sauer, neutral wird und andere Veränderungen zeigt, welche zum Theil nicht einmal mit Genauigkeit namhaft gemacht werden können. Diese Secretion steht weiter unter einem nicht näher zu erklärenden Einflusse der Störungen mancher andern Organe, am meisten des Magens. Sie wird ausserordentlich gesteigert in den Momenten, welche dem Erbrechen durch Ueberladung oder auch durch Krankheiten des Magens vorangehen. Sie wird gesteigert und sehr häufig verändert bei vielen acuten und chronischen Krankheiten des Magens, des Gehirns und vielleicht auch mancher anderer einzelner Theile, besonders bei Erkrankungen der Constitution. Am allermeisten aber wird die Menge der Speichelsecretion bei vielen Erkrankungen in der Mund- und Rachenhöhle selbst gesteigert, auch wenn diese die Secretionsstätten des Speichels nicht direct betreffen, so z. B. bei den acuten Erkrankungen der Tonsillen. — Die absolute tägliche Menge der Speichelsecretion kann unter solchen Umständen nicht bestimmt werden. Es ist diess um so unmöglicher, als sie auch noch überdiess von einer gewissen Art von Gewohnheit abhängt. — Die Aufgabe des Speichels ist im Allgemeinen eine die Digestion der Nahrungsmittel vorbereitende, im Speciellen aber nicht genau zu bezeichnende; und es ist namentlich ungewiss, ob der Speichel vorzugsweise mechanisch durch Schlüpfrigmachen und Beimischen von Wasser wirke, oder ob die Zumischung von atmosphärischer Luft zu den Speisen mittelst der schäumenden Speichelflüssigkeit von Wichtigkeit sei (Liebig), oder endlich, ob die wesentlichste Aufgabe des Speichels darin bestehe, das Stärkmehl oder einen Theil desselben in Zuker umzuwandeln (Leuchs), sei es schon in der Mundhöhle oder erst bei dem weitern Contact des verschlukten Speichels mit den Speisen im Magen oder gar im weiteren Darmkanal. Die Experimente haben bis jezt hierüber nur unvollkommene Resultate geliefert, wenn gleich sie, wie auch die alltäglichen Erfahrungen, keinen Zweifel lassen, dass die genügende Einspeichelung der Nahrungsmittel deren Verdaulichkeit beträchtlich befördere.

Aus der von der Mundschleimhaut und den Speicheldrüsen abgesezten Flüssigkeit schlagen sich schon im Normalzustande fortwährend Theile nieder, welche sich an Zähnen und Zahnfleisch anlagern und in denen sehr bald unzählige parasitische Thiere und Pflanzen zum Vorschein kommen. Bei manchen krankhaften Zuständen der Mundhöhle sind diese Ablagerungen noch viel reichlicher. Bei Vernachlässigung der Reinlichkeit können sie ziemlich dike, nach und nach festwerdende und

selbst knöcherne Härte annehmende Krusten bilden, und nicht nur dem Zahnfleisch und den Zähnen nachtheilig werden, sondern andrerseits loker gewordenen Zähnen zum Halt dienen (Weinstein, Zahnstein).

Der Werth des Secrets der Tonsillen ist unbekannt.

Eine passive Function der Höhlen der Antlizprovinz ist die Luftpassage, welche normal und gewöhnlich durch die vordere und hintere Nasenhöhle, überdem aber auch häufig durch die Mundhöhle stattfindet und bei welcher zur Abhaltung fremder Körper die Umbiegungen und die Enge des Canals, sowie die Haare des Naseneingangs dienen.

Der Luftcanal kreuzt sich in der Rachenhöhle mit dem Speisecanale und ist von diesem nach oben zu nur durch das bewegliche Velum, nach unten durch Zungenrüken, Epiglottis und Glottis abgeschlossen. So kann es leicht geschehen, dass Stoffe aus dem Speisecanal in die Luftwege gelangen, durch die Nasenhöhle ausgeworfen werden oder in den Larynx und die Trachea eindringen und andrerseits Educte der Nasenhöhle, wie der untern Luftwege in den Magen sich verirren. Beides kann nicht nur lästige und gefährliche Zufälle erregen, sondern auch für die Diagnose oft grosse Schwierigkeiten machen (z. B. Blut aus der Nase, das in den Magen geflossen ist). — Kann schon im gesunden und bewussten Zustand eine solche abnorme Communication geschehen, so ist sie noch viel häufiger im Schlafe, bei aufgehobenem Bewusstsein und bei fehlerhafter und kranker Beschaffenheit der Localitäten.

Das arterielle Blut wird der Antlizprovinz zugeführt

durch die zahlreichen Verzweigungen der Carotis externa mit den ziemlich isolirten Hauptprovinzen: der Maxillaris interna für die Wandung der Mundhöhle, der Pharyngea ascendens für die Rachenhöhle, der Lingualis für die Zunge, der Maxillaris externa und der Temporalis für die Gesichtsfläche;

durch die Ophthalmica von der Carotis interna, welche gleichfalls einen Theil der Gesichtsfläche mit Blut versorgt.

Der Abfluss des Blutes geschieht durch die beiden Facialvenen (anterior aus der Gesichtsfläche und posterior vornehmlich aus der Nasen- und Mundhöhle), aus der hinteren Rachenhöhle durch den Plexus pharyngeus, zum Theil auch (aus der Umgegend der Augen) durch die Ophthalmica. Ihr Blut strömt mit dem aus dem Gehirn kommenden Abfluss durch die Jugularis interna zur obern Hohlvene.

Zahlreiche Lymphgefässe mit mehreren Gruppen von Lymphdrüsen finden sich in der Antlizprovinz.

Während die am Ohr gelegenen Drüsen die Lymphe von den weichen Schädeldeken aufnehmen, passirt die Lymphe aus der Augen-, Nasenhöhle und dem Schlundkopf die Drüsen, welche an der Seitenwand des Pharynx liegen, und die aus der Antlizfläche, der Mundhöhle und Zunge die Drüsen unter der Mandibula. Die aus ihnen austretenden Gefässe treten in die oberen und darauf in die unteren Cervicaldrüsen ein.

Alle Gehirnnerven und überdem der Sympathicus geben Zweige an die Antlizprovinz ab.

Somit können auch die Erkrankungen jedes Hirnnerven in den einzelnen Theilen der Antlizprovinz sich äussern und andererseits die peripherischen Erkrankungen dieses Gebietes Symptome darbieten, welche auf eine Affection der verschiedenen einzelnen Hirnnerven oder auf mehrere derselben zugleich zu beziehen sind. Wie weit für die pathologischen Verhältnisse und für die Diagnose der isolirten Erkrankungen derselben oder ihrer Betheiligung an den peripherischen Störungen der Antlizprovinz die Functionen der Hirnnerven maassgebende Anhaltspunkte bieten, ist zwekmässiger bei der Aufzählung der speciellen Erkrankungsformen der einzelnen Hirnnerven anzuführen.

ALLGEMEINE BETRACHTUNG.

I. Geschichte.

Die Kenntnisse von den Affectionen der Antlizprovinz haben keine zusammenhängende Entwiklungsgeschichte. Diese Affectionen sind sogar selten in dieser Zusammenfassung dargestellt worden, und wo sie es wurden, haben diese Darstellungen nirgends den Character epochemachender Fortschritte, waren vielmehr nur referirende und complicirende Mittheilungen des jeweiligen Standes des Wissens über diese Theile. Am meisten sind in solcher Weise die Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle zusammengefasst worden. Man findet sie mehr oder weniger vollständig abgehandelt in Jourdain's Monographie (Traité des maladies de la bouche 1778) und in mehreren speciellen Pathologieen und Chirurgieen, welche die anatomische Eintheilung befolgen, z. B. in denen von Boisseau (Nosographie organique I. 3—122), Naumann (Handbuch der med. Klinik IV. a. 1—402), Bressler (die Krankheiten des Kopfes und der Sinnesorgane III. 63—317), Valleix (Guide du médecin IV. 1—416), Canstatt (specielle Pathologie und Therapie IV. B. 265—339), Vidal (Tr. de pathologie externe 2. éd. III. 639—757 u. IV. 1—85), Boyer (des mal. chirurg. 5. éd. V. 103—396), Verson (Trattato di medicina pratica III. 3—204). — Da die grosse Mehrzahl gerade der gefährlichsten Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle dem kindlichen Alter eigenthümlich ist, so sind hier vorzüglich auch die besseren, auf objective Erfahrung sich stüzenden Werke über Kinderkrankheiten zu nennen, namentlich Billard (Tr. des mal. des enf. nouveaunés 3. éd. p. 212—284), der in der genauen Erkennung der Mundaffectionen Bahn gebrochen hat; ferner Valleix (Clinique des mal. des enf. nouveaunés 1838), Berton (Tr. des mal. des enf. 2. éd. 1842. 281—297), Rilliet et Barthez (Traité clin. et prat. des mal. des enf. an verschiedenen Stellen), Stewart (Pract. treatise on the diseases of children 1844. 144—175), Condie (a pract. tr. on the diseas. of children 1844. 125—172), Barbier (Tr. prat. des mal. de l'enfance 1845. I. 601—694), Bouchut (Man. prat. des mal. des nouveaunés 1845. 141—187) und viele Andere.

Vielfach wurden jedoch einzelne grössere oder kleinere Abschnitte der Pathologie der Mund- und Rachenhöhle als besondere mehr oder weniger abgegrenzte Specialitäten theils wissenschaftlich, theils practisch verfolgt. Kein Theil trennte sich vollständiger ab, als die Pathologie und Therapie der Zähne, und die Zahnheilkunde isolirte sich sogar eine Zeitlang von der gesammten übrigen Medicin. Die Krankheiten der Zunge wurden schon von Louis (Mém. de l'acad. roy. de chir. V.) monographisch behandelt, seither von mehreren andern weniger hervorragenden Schriftstellern, neuerdings von Desormeaux (Dict. en XXX Vol. XVII. 484—506). — Auch die Affectionen der Sprachorgane erhielten einzelne Specialbearbeitungen, besonders von Bennati (die physiologischen und pathologischen Verhältnisse der menschlichen Stimme, ins Deutsche übersezt 1833), Colombat de l'Isère (Maladies de la voix, erste Aufl. 1834, zweite Aufl. 1840), Klenke (die Störungen des menschl. Stimm- und Sprachorgans 1844). Vgl. auch das Referat von Merkel (im Schmidtschen Jahresbericht pro 1843 u. 1844. p. 670). — Schon seit ältester Zeit waren die Affectionen mit erschwertem Schlingen unter dem Namen Angina oder Cynanche zusammengefasst worden und eine umfangreiche, meist aber ziemlich werthlose Literatur hatte sich für dieses „Krankheitsgenus" gebildet. Die Auflösung des symptomatischen Begriffes der „Halsenge" fällt in die Zeit der erwachenden anatomischen Tendenzen und damit hört auch die Literatur über die dahin gerechneten Krankheiten auf, eine gemeinschaftliche zu sein. Ein erneutes Interesse für die mit Exsudation verlaufenden Anginen oder Stomatopharyngiten, die früher nur nach ihrem Vorkommen in schweren Epidemieen Darsteller gefunden hatten, entstand durch Bretonneau's Arbeit über die Diphtheritis (1826). Die Specialliteratur, welche hiedurch hervorgerufen wurde, s. bei Stomatopharyngitis. — Die Krankheiten der Tonsillen und Uvula handelte Yearsley (a tr. on the enlarged tonsil and elongated uvula 1851) ab. — Auch die Krankheiten der Highmorshöhle haben ihre specielle, besonders von Chirurgen bereicherte Literatur erhalten; vgl. besonders Beck (Berliner encyclopädisches Wörterbuch III. 11—40), Gensoul (Lettre chir. sur quelq. mal. graves du sinus maxillaire 1833), A. Bérard (Dict. en XXX Vol. XXVIII. 346—372), Adelmann (krankhafte Zustände der Oberkieferhöhle 1844). — Ueber die Krankheiten der Parotis s. vorzüglich die Monographie von Bérard (Maladies de la glande parotide 1841); über den Speichel s. Wright's später citirtes Werk. — Noch weniger hat die Lehre von den Erkrankungen der Nasenhöhle einen zusammenhängenden Gang. In den meisten der oben citirten Werke sind auch sie an den

betreffenden Stellen abgehandelt. — Die Erkrankungen der Antlizfläche wurden im Zusammenhang mit den übrigen Hautkrankheiten im Laufe der Zeit aufgeklärt, nachdem sie lange Zeit hindurch unter wenige, ungenaue Benennungen (Crusta lactea, serpiginosa, Achores) zusammengefasst gewesen waren, und es ist daher in Betreff ihrer Literatur auf die der Hautpathologie zu verweisen.

II. Aetiologie.

A. Zahlreiche **angeborne Fehler der Bildung** kommen zumal in der Mund- und Rachenhöhle vor, und auch in der spätern Entwiklung der Theile können, vornehmlich abhängig von abnormen Muskelcontractionen, von Anomalieen des Gesichtssceletts und von unausgeglichenen Residuen andrer Krankheiten in der weiteren Ausbildung Anomalieen eintreten.

Die meisten angebornen Fehler der Bildung dieser Theile (Spaltung der Lippen, des Gaumens, der Uvula, die Atresie der Lippen, die angebornen Verwachsungen und Missbildungen der Zunge etc.) werden allgemein den chirurgischen Störungen beigerechnet, mit um so grösserem Rechte, als ihre Therapie, sofern sie möglich und wünschenswerth ist, nur in mechanischen Hilfsmitteln und operativem Einschreiten besteht. Auch die in einer Anomalie der spätern Entwiklung beruhenden Abweichungen, unter denen die der Zahnbildung die gewöhnlichsten sind, können dem Herkommen gemäss grösstentheils aus der medicinischen Pathologie ausgeschlossen bleiben; einzelne unter ihnen, wie die Scoliose des Antlizes, die unvollständige Entwiklung des Unterkiefers, freilich auch manche Anomalieen in der Zahnbildung behalten jedoch auch für die medicinische Pathologie Interesse, indem sie auf früher durchgemachte locale oder constitutionelle Krankheiten (z. B. Krämpfe, Rhachitis) einen Rükschluss erlauben.

B. **Alters- und Geschlechtsanlagen.**

Die Altersperioden bedingen theils eine ungleiche Disposition zu den Erkrankungen des Antlizes, der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle überhaupt, theils eine überwiegende oder sogar ausschliessliche Erkrankung an einzelnen Formen.

Bei Neugebornen und Säuglingen sind die mannigfaltigsten Affectionen an diesen Theilen zu beobachten: ein überaus leicht zustandekommendes Erkranken findet in diesem Alter der Weichheit und Zartheit der Cutis und Schleimhaut wegen statt, und die entstehenden Formen nehmen bei Vernachlässigung oder bei sonst ungünstigen Mitwirkungen leicht einen gefährlichen Grad an.

Durch das ganze kindliche Alter hindurch bleiben die Erkrankungen dieser Theile noch äusserst häufig und ungleich häufiger als in jedem späteren Alter. Die Entwiklung der Zähne liefert hiezu eine Ursache, die aber um so weniger als ausreichend angesehen werden kann, als auch andere Stellen, die bei der Zahnentwiklung nicht betheiligt sind, im kindlichen Alter eine prävalirende Morbilität zeigen.

Im jugendlichen Alter sind gleichfalls Affectionen der Antlizfläche noch ziemlich häufig, die der Tonsillen und Nasenschleimhaut häufiger als in der früheren Periode, und der Durchbruch der lezten Bakzähne wird sogar ziemlich häufig die Ursache der schwersten und tödtlichen Erkrankungen des Rachens.

Mit dem vorrükenden Alter werden alle diese Affectionen, wenn man von denen der Zähne absieht, ungleich seltner, sofern nicht specielle Schädlichkeiten eintreten, und erst im Greisenalter fangen sie an, an Häuf-

igkeit wieder zuzunehmen. Dagegen bieten die eingetretenen Erkrankungen im erwachsenen und vorgerükten Alter eine grössere Hartnäkigkeit und Chronicität als in den früheren Perioden dar.

Das Geschlecht dagegen gibt nur untergeordnete Dispositionsdifferenzen.

Bei Neugebornen und Säuglingen bringen die geringsten nachtheiligen Einflüsse, selbst solche, die gar nicht vermieden werden können (der Contact mit der Milch), so gewöhnlich Erkrankungen der Mundhöhle hervor, dass nur ausnahmsweise ein Individuum dieses Alters denselben vollkommen entgeht. Sie sind freilich gewöhnlich von sehr geringer Bedeutung und verlieren sich bei einigermaassen zwekmässigem Verhalten; aber vernachlässigt können sie selbst bei zuvor gesunden Säuglingen eine Hartnäkigkeit und Bösartigkeit erreichen, dass sie jeder Cur widerstehen, und bei zuvor kranken oder in ungünstigen Verhältnissen lebenden Säuglingen nehmen sie diese schlimme Wendung oft selbst bei dem zwekmässigsten Verfahren. Die erythematösen, pseudomembranösen und ulcerativen Affectionen der Mundschleimhaut gehören hierher. — Auch die Nasenschleimhaut zeigt in diesem Alter eine ungewöhnliche Vulnerabilität, wird durch geringfügige Temperaturabweichungen oder andere äussere Reize afficirt und zeigt eine Geneigtheit zu croupösen Affectionen, wie sie in keinem späteren Alter wieder vorkommt. — In nicht viel geringerem Grade ist die Cutis des Antlizes in diesem Alter empfindlich, zumal an den Stellen, wo sie Umstülpungen bildet, wie an dem Eingang der Nase, des Mundes, an den Auglidern und an den Ohren. Ohne alle weitere bekannte Ursachen und auf ganz unbedeutende Einflüsse entstehen hier Hyperämieen, die so gemein sind, dass man sie kaum zu den Erkrankungen zu rechnen pflegt, entstehen aber auch Exsudationen und Verschwärungen. — Wenn nun die Zahnentwiklung sich bemerklich zu machen anfängt, so treten diese Dispositionen zum Theil in erhöhtem Grade ein, vornehmlich die zu stomatitischen Affectionen, und sie sind wiederum so gewöhnlich, dass sie mehr als ein nothwendiger, denn als krankhafter Vorgang angesehen zu werden pflegen, wenn sie nicht gewisse Grenzen der Intensität überschreiten. — Eigenthümlich ferner ist diesem Alter eine gesteigerte Geneigtheit aller dieser Affectionen, ihre ursprüngliche Stätte zu überschreiten und auf andre, lästigere Zufälle und grössere Gefahren darbietende Provinzen sich auszudehnen. Der Catarrh der Nase ist in diesem Alter viel häufiger als in jedem andern von schweren Affectionen der tiefen Luftwege gefolgt; den Affectionen der Mundhöhle schliessen sich sehr gewöhnlich leichtere und schwerere Erkrankungen des Magens und Intestinaltractus an; die Erkrankungen der Gesichtshaut verbreiten sich bei einiger Vernachlässigung und oft auch bei der besten Pflege sehr gewöhnlich über den ganzen Körper, und sofern die Auglider ergriffen sind, gefährden sie den Bulbus mehr als in jedem andern Alter.

Im weiteren kindlichen Alter treten zwar die Affectionen der Mund- und Nasenhöhle etwas mehr zurük und werden nur durch besondere Umstände, wie durch die allmälige Entwiklung der Zähne, epidemische Verhältnisse und gewisse constitutionelle Krankheiten, vor Allem Scropheln, in grösserer Häufigkeit beobachtet: doch bleibt immer auch jezt noch eine grössere Vulnerabilität, wenn diese auch in andern Erkrankungsformen sich kundgibt. Ulcerative Processe sind jezt häufiger die Folgen der Hyperämieen als Bildung von Pseudomembranen, und wo die lezteren sich herstellen, sind sie entweder durch Geschwüre veranlasst oder bald von diesen gefolgt. Die kleinen Geschwüre an Mund, Zahnfleisch, Wangenschleimhaut, Zunge, wie die grossen und gefährlichen Zerstörungen an diesen Theilen, ebenso ausgedehnte und hartnäkige Ulcerationen in den hintern Rachentheilen werden in diesem Alter vorzüglich beobachtet. Nasencatarrhe werden jezt seltener und von geringerem Belang, wiewohl sie immer noch einen grösseren Einfluss auf das Gesammtbefinden des Individuums haben, als in späteren Jahren; dagegen werden die Hämorrhagieen aus der Nasenschleimhaut häufiger und durch die hartnäkige Wiederkehr oft zu einem lästigen und nicht ganz ungefährlichen Leiden. — Andererseits bleibt die Geneigtheit zu Erkrankungen der Antlizcutis eine ganz ausserordentliche, und chronische Infiltrationen des subcutanen Zellstoffs an Nase und Lippen sind die Folgen der mannigfaltigsten Erkrankungen der Cutis oder stellen sich auch von selbst her. Ebenso werden die Lymphdrüsen dieser Provinz jezt immer häufiger befallen und haben ausgezeichnete Geneigtheit zur Abscedirung: sie folgen den geringfügigsten und oft ganz übersehenen Erkrankungen der Gesichtshaut, Nasen- und Mundschleimhaut, können sich aber auch bei entsprechender constitutioneller Anomalie spontan herstellen. — Auch die Speicheldrüsen und das sie umgebende Bindegewebe fängt jezt

an häufiger zu erkranken, liefert jedoch meist Affectionen von geringem Belange und ohne Gefährlichkeit. — Die Geneigtheit zur Ausdehnung der Affectionen dieser Provinz auf andere Theile des Körpers ist weit mehr beschränkt und tritt meist nur unter notorisch ungünstigen Umständen ein.

Im jugendlichen Alter lässt sich der Uebergang zu der grösseren Widerstandsfähigkeit der Theile sehr gut verfolgen. Zwar zeigen einzelne Partieen aus unbekannter Ursache sogar noch eine gegen früher erhöhte Erkrankungsgeneigtheit: Tonsillaranginen, Coryza, Nasenblutungen treten jezt gerade am häufigsten auf; auch trifft man einige Erkrankungen von besonderer Bösartigkeit, wie die septischen Entzündungen des Zellgewebes um die Speicheldrüsen und die gangränöse Angina. Dagegen stellen sich die Hautaffectionen der Antlizfläche nicht nur seltener, sondern bei günstigen Umständen auch als rasch vorübergehende Erkrankungen dar; das Erysipelas faciei, der Herpes, die acuten Formen der Impetigo sind jezt die gewöhnlichsten, und fast nur bei bestehenden Constitutionserkrankungen finden sich auch hartnäkigere Störungen in der Gesichtshaut. Eine Ausnahme hiervon machen allein die in diesem Alter besonders häufig vorkommenden disseminirten Follikelentzündungen der Haut (Acne), sowie der wenigstens in vielen Fällen nicht aus constitutionellen Ursachen abzuleitende Lupus.

Mehr und mehr verliert sich die Empfindlichkeit der Theile mit den zunehmenden Jahren, und wenn jezt Erkrankungen eintreten, so lassen sie sich meist auf bestimmte örtliche oder constitutionelle Ursachen zurükführen, auch involviren sie nur selten eine spontane Bösartigkeit. Andererseits ist aber der rasche und günstige Ablauf, der vielen dieser Affectionen der früheren Jahre eigenthümlich ist, im vorgerükten Alter nur ausnahmsweise zu erwarten.

Unter den geschlechtlichen Dispositionen lassen sich nur wenige namhaft machen, wie die Punäsie beim weiblichen Geschlecht, die spontanen Neuralgieen des Quintus beim männlichen, die wandelbaren Zahnschmerzen beim weiblichen, die Acne rosacea und das Mentagra beim männlichen.

C. Aeussere Schädlichkeiten.

Die Antlizfläche, aber auch die Nasen-, Mund- und Rachenhöhle sind den mannigfaltigsten mechanischen und thermischen Einflüssen ausgesezt und die erste überdem gegen intensives Licht empfindlich.

Manche Substanzen, welche incorporirt werden, haben die Eigenthümlichkeit, ausschliesslich oder vorzugsweise Veränderungen auf der Antlizfläche oder in den zu den Nachbarhöhlen gehörigen Theilen hervorzurufen.

Auch die virulenten Einwirkungen und die epidemische und endemische Constitution ruft theils durch directen, theils durch indirecten Einfluss Affectionen dieser Theile häufig hervor.

Die Gesichtsfläche theilt nicht nur die Exponirtheit für alle möglichen schädlichen Einflüsse mit den übrigen allgemeinen Tegumenten, sondern sie wird von jenen aus begreiflichen Gründen noch viel häufiger betroffen. Mechanische und chemische Einwirkungen haben in dieser Beziehung nichts Eigenthümliches, als dass die Gesichtshaut noch häufiger von ihnen beeinträchtigt wird, als andre Theile des Körpers. Dagegen ist die Einwirkung fortgesezter scharfer Lichtstrahlen hervorzuheben, welche in manchen Fällen die intensivsten Entzündungen der Gesichtshaut hervorruft; noch mehr aber sind die thermischen Einflüsse von Wichtigkeit, welche nach beiden Seiten hin, sowohl durch Erkältung als durch Erhizung die hartnäkigsten und selbst unheilbaren Erkrankungen der Gesichtsfläche hervorrufen können: Neuralgieen, Krämpfe, Paralysen, heftige acute und hartnäkige chronische Hyperämieen und Entzündungen.

Aber auch die Nasen-, Mund- und Rachenhöhle ist groben Verlezungen ihrer Lage nach sehr ausgesezt, nicht viel weniger als die äussern Bedekungen. Nächst jenen wirkt besonders Vernachlässigung der Reinlichkeit in jedem Alter, namentlich aber bei Säuglingen, oft krankmachend. Die schädliche (scharfe, äzende) Beschaffenheit, die hohe Temperatur absichtlich oder zufällig in die Mundhöhle eingeführter Stoffe (Nahrungsstoffe, Getränke, äzende oder siedende Flüssigkeiten, Dämpfe, mechanisch fein vertheilte, in der Luft suspendirte Stoffe, zuweilen beständiges Benezen des Fingers im Munde beim Spinnen etc., wie Toulmouche, Gaz. méd. X, 500, beobachtete und andres Aehnliches) gibt häufige Veranlassung zu Erkrankungen. Die Stoffe, welche in die Mundhöhle eingeführt, dieselbe am häufigsten krank machen, sind: einige Nahrungsstoffe, wie alter Käse, saure Früchte,

stark gesalzne Speisen, spanischer Pfeffer und dergleichen: sie erregen selten eine andere Affection als Hyperämie der Schleimhaut, zuweilen mit einiger Schwellung durch submucöse Infiltration, selten eine leichte Erosion; Tabak durch Rauchen und Kauen: er erregt Hyperämieen, zuweilen Bläschenbildung und kleine Verschwärungen; einige Arzneimittel, vornehmlich Tartarus emeticus: sie haben Hyperämieen, Exsudationen, pustulöse Eruptionen und Verschwärungen zur Folge. Alle solche von örtlicher Einwirkung entstehenden Affectionen verschwinden gemeiniglich rasch, sobald die Einwirkung aufhört, wenn nicht in den Verhältnissen der Constitution Ursachen liegen, welche die Ausgleichung nicht zustandekommen lassen. — Die Erkältungen der äussern Haut, besonders der Halsgegend und der Füsse, und das Einströmen kalter Luft in die Mundhöhle selbst soll in vielen Fällen Ursache von Entzündung der Schleimhaut, der Mandeln, der Zunge und der Speicheldrüsen sein. Ohne Zweifel sind darum diese Affectionen im Frühjahr und Spätherbst häufiger als zu jeder andern Zeit.

Manche Medicamente und toxische Stoffe bringen nach ihrer Einführung in den Körper mehr oder weniger constant Störungen in der Antlizprovinz oder den benachbarten Höhlen zustande: vor Allem das Quecksilber, welches mit grosser Sicherheit Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle, sowie der Speicheldrüsen bewirkt; das Jod, welches wenigstens häufig Entzündungen der Gesichtshaut und der Nasen- und Rachenschleimhaut hervorruft und das Blei. Andre Substanzen haben diese Wirkung in weit geringerem Grade und zum Theil nur in zweifelhafter Weise.

Auch die unbekannten epidemischen Einflüsse haben ihre Wirkung auf diese Theile, und die virulenten wirken auf sie so gut wie auf andre Theile, sogar noch in erhöhtem Maasse. Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass Mandelentzündungen, Speicheldrüsenentzündungen von gutartiger und bösartiger Natur ein epidemisches oder doch cumilirtes Vorkommen zeigen; manche Anginen scheinen zuweilen als contagiöse Seuche sich zu verbreiten; die Stomatiten herrschen endemisch und breiten sich offenbar zuweilen contagiös in Kleinkinderspitälern, Findelhäusern und ähnlichen Orten aus, wo viel Säuglinge oder kleine Kinder unter ungünstigen Umständen sich zusammenfinden; die Contagiosität der Coryza ist kaum zu bezweifeln; das Rozcontagium ruft vorzüglich in der Nasenhöhle seine Zerstörungen hervor; die syphilitische Infection zeigt sich gleichfalls in überwiegendem Maasse in diesen Theilen; die contagiösen acut-exanthematischen Krankheiten befallen keinen Theil mehr als die Gesichtshaut und ihre benachbarten Schleimhäute etc.

D. Krankheitsursachen in der Art der Functionirung und in den Zuständen der Theile selbst gelegen.

1) Unvollkommene Uebung, schlechte Angewöhnungen und übermässige Anstrengungen bringen zunächst Störungen in den Leistungsfähigkeiten der Muskel der Provinz, weiter aber auch unwillkürliche und nicht mehr mit dem Willen zu überwältigende Bewegungen und schliesslich selbst Störungen in der Ernährung und Absezung abnormer Producte hervor.

Verkehrte Functionirungen, welche Anfangs von dem Willen abhängig sind, werden nach und nach so sehr zur andern Natur, dass sie als ein wirklich krankhaftes Verhalten erscheinen. Absichtliche Verzerrungen der Gesichtsmuskel z. B. können habituelle choreaartige Grimassen zur Folge haben. Die unvollkommene Uebung der Sprachorgantheile, angewöhnte falsche Association der Bewegungen derselben kann auf eine schwer oder nie mehr heilbare Weise den Einfluss des Willens auf diese Theile unvollständig machen (Stottern). Andererseits haben übermässige Anstrengungen der Sprachorgane (Singen, anhaltendes Sprechen), besonders wenn sie zu unpassenden Zeiten, bei geschwächtem Körper geschehen (in der Reconvalescenz, während raschen Wachsthums des Körpers, während der Pubertätsentwiklung, Menstruation oder während des Wochenbetts, während der Verdauung) häufig Hyperämieen, Entzündungen des Gaumensegels und der Mandeln, oder eine schwer wieder zu beseitigende, ja selbst nie wieder verschwindende Schwächung der Theile zur Folge.

2) Jede Erkrankung, zumal jede acute einer Stelle des Antlizes, der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle kann die Erkrankung anderer Theile derselben Provinz zur Folge haben und breitet sich sehr gewöhnlich auf diese aus, und die consecutiven Störungen zeigen dabei bald den Character der primären, bald aber einen von diesem verschiedenen.

Die gegenseitige Mittheilung der Störung ist in dieser Provinz äusserst vielfach und lebhaft. Sie beruht

theils auf mechanischen Einwirkungen: so können scharfe Zahnkanten hartnäkige Ulcerationen der Zunge und der Wangenschleimhaut, oft auch Indurationen der ersteren hervorrufen, die aller Behandlung widerstehen, bis man die Ursache erkannt und entfernt hat;

theils auf chemischen Verhältnissen, indem in Zersezung begriffene Exsudate und Gewebstheile, ja selbst schon der anhaltende Contact mit reichlichen Mengen von Secret (Speichel) Störungen in den damit in Berührung kommenden Theilen hervorrufen, welche von den leichtesten Graden der Hyperämie bis zu Ulceration und Brand vorschreiten können;

theils auf dem Geseze der topischen Verbreitung, wie sich denn von der Gesichtshaut auf die Schleimhaut, von der Schleimhaut auf die unterliegenden Theile und Drüsen, von der Schleimhaut der Nasenhöhle auf die der Rachenhöhle, von der einzelner Mund- und Rachentheile auf die übrigen, von den Knochen und dem Periost auf die Weichtheile Neuralgieen, Hyperämieen, Exsudationen, Geschwüre und Brand ausbreiten können, ohne dass die später erkrankenden Theile einer andern Schädlichkeit ausgesezt wären, als der, in der Nachbarschaft afficirter sich zu befinden;

theils endlich vielleicht auf Mitleidenschaften, welche in der Art der Functionen und des Baues begründet sind, in der Art, dass bei der Erkrankung einer Tonsille meist bald auch die andere afficirt wird, während oder nach der Affection einer Speicheldrüse eine ähnliche Affection in andern Speicheldrüsen auftritt; sowie in der Form des Reflexes, namentlich bei Quintusneuralgieen und zwar nicht bloss auf die grössern Muskelgruppen, welche die mimischen und masticatorischen und Sprachbewegungen zu versehen haben, sondern auch auf die Secretionen der Schleimhäute und der Drüsen (Nasenfluss, Speichelfluss), ja selbst die Capillarität (Entstehung von Hyperämieen der Gesichtshaut).

E. Einfluss des übrigen Körpers und seiner Theile.

Auf die mannigfachste Weise werden die Organe des Antlizes, der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle von andern Körpertheilen aus influencirt, bald so dass nur untergeordnete, vorübergehende oder leichte Phänomene in jenen entstehen, die noch nicht als ein apartes Erkranken derselben angesehen werden, bald aber auch so, dass mehr oder weniger schwere, die Bedeutung einer ernsthaften Complication habende Störungen sich entwikeln und selbst mit einer gewissen Selbständigkeit fortdauern.

Die Modi des Einflusses fremder Provinzen und Theile sind:

der der topischen Ausbreitung von Erkrankungen benachbarter Organe,

der der Vermittlung durch das Nervensystem,

der durch Circulationshemmungen,

die sympathischen nicht weiter zu erklärenden Beziehungen mancher Organe zu der Antlizprovinz und ihren benachbarten Höhlen,

der Einfluss der Blutbeschaffenheit und der Gesammtconstitution.

Die topische Art der Ausbreitung von Erkrankungen benachbarter Organe auf die Antlizprovinz und ihre einzelnen Theile findet sich ungemein häufig vor, was aus den Beziehungen der leztern mit so vielen wichtigen Organen begreiflich wird. Die Affectionen der übrigen Cutis (Haarboden und Halshaut) können sich auf die Antlizfläche und von da weiter verbreiten. Die Hyperämieen, Entzündungen und Zerstörungen des Larynx sind fast immer wenigstens mit einigen Veränderungen auf der Schleimhaut der Rachenhöhle und oft der Nasenhöhle verbunden. Die Erkrankungen des Digestionscanals, seien sie für sich bestehend oder consecutiv, pflegen mindestens einen catarrhalischen Zustand auf der Schleimhaut der Mundhöhle hervorzurufen und zwar so regelmässig, dass man sich längst gewöhnt hat, einen freilich oft voreiligen Schluss aus dem Belege der Zunge auf die Erkrankung des Darms zu machen (s. Krankheiten des Magens und übrigen Darmcanals). Die der Mund- und Rachenhöhle benachbarten Knochen (des Schädels, der Wirbelsäule) können gleichfalls ihre Affectionen durch topische Verbreitung den Organen jener Höhle mittheilen.

Durch das Nervensystem und namentlich das Gehirn wird zunächst auf die Bewegungen der Antlizmuskel, sowie der Mund- und Rachentheile (die Lippen, die Zunge, die Uvula) influencirt. Indessen sind die dadurch bedingten Störungen, die meist nur functionell sind, für die Affectionen der Gehirnkrankheiten (s. diese) von grösserer Wichtigkeit als für die der Antlizprovinz.

Auch Erkrankungen einzelner peripherischer Nerven haben zuweilen Einfluss auf die Antlizprovinz und noch mehr findet mittelst der Nerven von allen Theilen des Körpers eine Uebertragung von Erregungszuständen auf die Antlizprovinz statt. Meist manifestiren sich dieselben nur in untergeordneten Symptomen (Ausdruk der Physiognomie), oder in vorübergehenden Functionirungen (mimischen Bewegungen, sympathischem Schmerze); aber es kann auch geschehen, dass die consecutive und participirende Affection der Theile der Antlizprovinz zu einer so erheblichen Ausbildung gelangt, dass sie eine wahre Complication darstellt oder selbst nach Verschwinden der Primärerkrankung als isolirte Störung zurükbleibt (Schielen, schiefes Gesicht etc.)

Durch Hemmungen der Blutcirculation im Herzen und in den grossen Gefässen entstehen zuweilen Anomalieen der Antlizprovinz, die jedoch nur höchst ausnahmsweise einen selbständigen Character annehmen.

Auch die bekannten Veränderungen des Blutes haben, so sehr auch die Antlizprovinz durch sie influencirt wird und oft die besten Zeichen für ihr Vorhandensein liefert, doch nur höchst selten erhebliche und als selbständige Störungen verlaufende Veränderungen in derselben zur Folge. -- Dagegen ist die ganze Antlizprovinz im höchsten Grade empfindlich für eine Reihe von Erkrankungen, die als constitutionelle angesehen werden müssen, wenn auch eine bestimmte Störung des Blutes bei ihnen nicht nachzuweisen ist. Es kann nicht gesagt werden, wesshalb gerade dieser Theil des Körpers so häufig bei diesen Affectionen erkrankt, und ebensowenig lässt die zuweilen höchst characteristische Form der Localerkrankung sich aus den Verhältnissen des constitutionellen Leidens erklären. Vor Allem sind bei der constitutionellen Syphilis Affectionen der ganzen Antlizprovinz, der Gesichtsfläche, der Nase, der Mund- und Rachenschleimhaut und selbst der Knochen in der Form von Hyperämieen, Exsudationen und Verschwärungen sehr gewöhnlich und stellen sogar in vielen Fällen das erste Ereigniss dar, welches die constitutionell gewordene Krankheit anzeigt. Doch ist nicht ausser Acht zu lassen, dass sehr oft örtliche Einwirkungen (Rauchen) oder der vorangegangene Gebrauch des Quecksilbers den Ausbruch der syphilitischen Mund- und Rachenaffection determiniren. Auch bei scrophulösen Individuen sind nicht nur Hautausschläge des Antlizes, Affectionen des Parenchyms der Nase und der Lippen, sondern auch Ulcerationen im Gesicht, Hyperämieen und Ulcerationen in der Mund- und Rachenhöhle und Erkrankungen der Lymphdrüsen der Antlizprovinz so gemein, dass man Anstand zu nehmen pflegt, ein Individuum als scrophulös zu bezeichnen, wenn es nicht eine dieser Affectionen an sich trägt und doch andererseits das ganze örtliche Vorkommen der besagten Störungen häufig irrthümlich die Veranlassung gibt, die scrophulöse Constitutionserkrankung zu muthmaassen, auch wenn der Gesammtorganismus vollkommen gesund ist. Beim Scorbut ist die Affection des Zahnfleisches meist das erste Symptom. — Fieberhafte Erkrankungen von jener dem Wesen nach unbekannten Art, bei welchen das Blut geringe Neigung zur Gerinnung zeigt, die Prostration auffallend frühe eintritt und die Gewebe häufig in Erweichung und Brand untergehen, haben häufig Affectionen der Mund- und Rachenhöhle in ihrem Symptomencomplex. Doch ist unter solchen bösartigen Fiebern selbst eine bald durch die Art der Krankheit, bald nur durch die besondere Epidemie bedingte Verschiedenheit in Betreff der Stellen in der Mund- und Rachenhöhle, welche erkranken. Am häufigsten sind die Speicheldrüsen bei Typhus, die Mandeln und die hintern Rachentheile bei Scharlach, das Zahnfleisch bei Lungengangrän, die Haut der Lippen und Wangen bei bösartigen Masern afficirt.

Von dem specifischen Einfluss giftiger Substanzen, welche dem Körper einverleibt wurden, gerade auf die Antlizprovinz ist schon oben gehandelt worden.

Manche Organe zeigen eine sympathische Beziehung zu den Theilen der Mund- und Rachentheile. Bei Magenkrankheiten und Pancreasaffectionen entstehen häufig Abnormitäten der Speichelabsonderung, bei Pneumonieen und Intestinalcatarrhen, sowie bei Wechselfiebern oftmals Bläscheneruptionen und disseminirte Exsudationen auf der Haut der Lippen, Nase und übrigen Antlizfläche, selbst auf der Schleimhaut. Besonders aber zeigen die Genitalien eine Beziehung auf diese

Theile. Zur Zeit der Pubertätsentwiklung findet sich eine ungemeine Neigung zu Hyperämieen und Catarrhen in den hinteren Rachentheilen und zu keiner Zeit des Lebens sind Anstrengungen dieser Organe verderblicher als zu dieser. In ähnlicher Weise zeigt sich bei Onanisten, bei ausschweifenden Männern und bei Freudenmädchen eine Neigung zu Hyperämieen der Rachentheile und es sind solche Excesse der freien Beherrschung der Rachenmuskeln, wie sie für den Gesang nothwendig ist, sehr unzuträglich.

III. Pathogenie der Erkrankungen der Antlizprovinz.

1) Die schmerzhaften Affectionen und die Störungen in den Bewegungen der Theile können **primär** beginnen.

Doch ist wohl im Allgemeinen anzunehmen, dass weitaus in der Mehrzahl der Fälle, wo sogar scheinbar der Schmerz und die motorische Störung primär auftreten, sie durch latent gebliebene anatomische Läsionen (mindestens Hyperämieen) in den Theilen selbst, im Verlaufe des Nerven oder in den Centralorganen des Nervensystems bedingt werden.

2) Einfache **Störungen der Secretion** (des Speichels, Schleims), bedingt durch allgemeine Verhältnisse, scheinen in vielen Fällen, ohne durch eine örtliche Gewebsstörung nothwendig eingeleitet werden zu müssen, das erste Glied der krankhaften Phänomene zu sein. Nicht selten nehmen die Erkrankungen auch mit Zurükhaltung eines Secrets (in Drüsenfollikeln, in den Kieferhöhlen) ihren Anfang.

3) **Hyperämieen** sind der gewöhnliche Einleitungsprocess aller Arten von Störungen in der Antlizprovinz, und wenn auch die verschiedensten Affectionen daselbst vielleicht hie und da ohne Hyperämie beginnen, so geht doch sicher in der unendlichen Mehrzahl der Fälle die Hyperämie den übrigen Veränderungen voran.

Auf der follikelreichen Schleimhaut der Mundhöhle entsteht die Hyperämie gemeiniglich als disseminirt folliculäre, auf dem Gaumensegel als verbreitet flächenartige, in den Mandeln als ursprünglich phlegmonöse oder confluirende, am hintern Rachen als flächenartige mit stärkerer Affection einzelner Follikel, in der Zunge als phlegmonöse, in den Speicheldrüsen als Hyperämie des verbindenden Zellgewebes. Der Uebergang der Hyperämie in weitere Veränderungen hängt nicht nur von der Intensität und der Ursache der Hyperämie, sondern auch von der Gewebsbeschaffenheit des Theils, in dem sie entsteht, ab. Die Hyperämie der Follikel bewirkt mit grosser Leichtigkeit discrete Exsudation und Verschwärung, die des submucösen Zellgewebes Vereiterung, die des Zahnfleisches Wulstung, Bluterguss und Verschwärung; die flächenartige Hyperämie der Schleimhaut kann lange ohne Product bestehen, bedingt allmälig grobe Vascularisationen in dem Theile oder kann zu dünnen Exsudatschichten und oberflächlichen Erosionen oder Verschwärungen Anlass geben; die Hyperämie der Mandeln führt gern zu Abscedirung und Induration, die der Uvula zu Oedem, Hypertrophie oder Schrumpfung; die der Zunge vertheilt sich leicht oder hat Induration oder Suppuration zur Folge; die Hyperämie in den Speicheldrüsen und um sie bedingt zunächst vermehrte Secretion und löst sich oft durch sie; wo sie sich nicht bald zertheilt, führt sie zu ausgedehnten Suppurationen.

Verschiedene Formen von Erkrankung an diesen Theilen sind nur verschiedene Stadien derselben Erkrankung und fallen nur der Zugänglichkeit der Theile wegen in ihrer Mannigfaltigkeit auf. Die Hyperämie ist ihrer aller erstes Stadium. Dieses Verhalten begründet eine grosse Schwierigkeit in der Beschreibung, welche gezwungen ist, z. B. Hyperämieen, Exsudationen, Pusteln, Ulcerationen, submucöse Infiltrationen getrennt zu halten, während dieselben doch im selben Falle neben einander bestehen oder eine aus der andern sich entwikeln können. Diess ist ein Missstand der anatomischen Darstellung und führt zu Wiederholungen und scheinbar unnatürlichen Trennungen. Er ist aber immerhin noch gering gegen den Missstand, welchen das willkürliche und an keine sinnliche Grundlage anknüpfende Aufstellen von Speciescategorieen nach geahnten, aber unaussprechbaren Differenzen mit sich führt.

4) Ernährungsstörungen und Gewebsveränderungen entstehen nur selten ohne einleitende Hyperämie in den Theilen der Antlizprovinz. Die hin und wieder spontan vorkommenden Störungen genannter Art sind: die Lokerung des Zahnfleisches, die Hypertrophieen an diesem, an der Zunge, an den Mandeln und auch an andern Theilen; partielle Indurationen der Zunge, der Tonsillen und Speicheldrüsen; Mortification durch Erweichung und Brand.

5) Nicht ganz selten ist das Zurükbleiben von Depositis aus den Secreten, aus der Mund- und Speichelflüssigkeit (Nasensteine, Weinstein, Speichelsteine) der Ausgangspunkt von weiteren Störungen: Hyperämieen, Entzündungen, Ulcerationen.

6) Die Entwiklung von Neubildungen findet sich häufig, sowohl auf der Antlizfläche, als in den Schleimhautcanälen und Höhlen, als auch in den verborgenen Drüsenparenchymen und Knochen als die erste bemerkbare Störung.

7) Parasitische Einwanderungen sind selten der erste Anfang der Erkrankung, und wo sie bei zuvor gesunden Individuen in der Antlizprovinz haften, haben sie meist keine pathologischen Veränderungen zur Folge. Zwar der Acarus folliculorum kann eine Erkrankung der Hautfollikel hervorbringen, doch verweilt er in der Mehrzahl der Fälle in seinem Lager, ohne Beschwerden zu erregen. Ebenso verhält es sich mit den übrigen Parasiten.

Den parasitischen Einwanderungen pflegt gewöhnlich ein krankhafter Zustand der Gewebe voranzugehen und dann sind sie allerdings im Stande, durch ihre Gegenwart ihrerseits die Verhältnisse ungünstiger zu gestalten und an zuvor intact gebliebenen Theilen krankhafte Processe hervorzubringen.

IV. Phänomenologie der Affectionen der Antlizprovinz.

A. Directe Zeichen.

Die Zugänglichkeit der meisten Theile der Antlizprovinz für die Untersuchungen, zumal für Inspection und Palpation ermöglicht in vielen Fällen ein directes Erkennen des anatomischen Zustandes.

Die Semiotik dieser Theile fällt daher fast vollständig mit der speciellen Symptomatik und speciellen pathologischen Anatomie derselben zusammen. Es können namentlich die meisten der objectiven directen Zeichen in semiotischer Beziehung nicht anders besprochen werden, als solches bei der speciellen Betrachtung der einzelnen Krankheitsformen zu geschehen hat. Um eine lästige Wiederholung zu vermeiden, sollen darum derartige Zeichen hier nur cursorisch angegeben werden.

Die Hauptmittel der Untersuchung sind die Inspection und Palpation. Ihre Anwendung ist einfach und meist unbewaffnet und es genügt fast allein die Kenntniss von dem, was gefunden werden kann, um eine richtige Beobachtung herzustellen. Nur selten bedarf man der Lupe, um feinere Störungen zu erkennen. Für die Rachenhöhle kann zuweilen die Anwendung eines Spiegels, sowie die der Sonden nöthig werden. Dessgleichen ist für die hintere und seitliche Beobachtung der Zähne der Gebrauch eines kleinen Spiegelglases nöthig, sowie der der Sonden, um an geöffneten Stellen der Zähne die tieferen Theile zu exploriren. Für die Untersuchung der hintern Rachentheile ist eine genügende Eröffnung des Mundes und Bewältigung der oft widerstrebenden Zunge nöthig. Eines umständlichen Instrumentenapparates bedarf man fast niemals. Für die Eustachische Röhre werden Sonden benüzt, deren Anwendungsweise hier nicht zu beschreiben ist. — Die Percussion ist nur in seltenen Fällen von wirklichem Nuzen und die Auscultation fast niemals. — Chemische Mittel kommen vorzüglich für die Bestimmung der Qualität *des Speichels* in Anwendung.

1. **Subjective Empfindungen.**

Die Antlizprovinz kann der Siz sehr zahlreicher Anomalieen der subjectiven Empfindung sein. Dieselben hängen jedoch nur zum Theil von örtlichen wesentlichen Störungen dieser Provinz ab, sie sind vielmehr häufig consensuell und es ist die Aufgabe im einzelnen Fall, die ersteren von den lezteren zu trennen.

a) **Anomalieen der Tastempfindung.**

Sie bestehen in:

Empfindungen krankhafter Veränderungen der körperlichen Verhältnisse, in der Form des Drukes, der Spannung, der Schwere, des Kizels, des Stechens etc. und diese haben nur bei solchen Störungen einen diagnostischen Werth, welche verborgenen Theilen (z. B. den Knochen) angehören oder aus andern Gründen Schwierigkeiten der Beurtheilung machen;

subjective Tastempfindungen, welche keinen geweblichen Störungen entsprechen, dieselben Formen wie die ersteren haben können und entweder als Vorläufer beginnender peripherischer Erkrankungen sich zeigen, oder von Affectionen des Nervencentralorganes oder der Constitution abhängen;

Verminderung oder Aufhebung der Tastempfindung, was zuweilen von peripherischer Erkrankung, meist von Affectionen des Centralorganes abhängt, gewöhnlich nur auf der Antlizfläche und auf dieser meist nur einseitig sich zeigt.

Die Anomalieen der Tastempfindungen sind die für die Beurtheilung der Erkrankung der Antlizprovinz untergeordnetsten Phänomene. Wo sie nicht zusammenfallen mit anderen Zeichen von peripherischen Störungen, geben sie stets die Wahrscheinlichkeit, dass ihr Ursprung ein centraler sei, oder doch wenigstens eher in der Bahn der Nerven (des Quintus) und nicht in seiner peripherischen Verzweigung gesucht werden müsse.

b) **Anomalieen der Temperaturempfindungen** kommen vor:

als entsprechende Empfindung gesteigerter oder verminderter Eigenwärme der Theile, wie sie ebensowohl neben allseitiger Veränderung der Körpertemperatur, wie in Folge von örtlichen geweblichen Processen sich findet;

als subjective Empfindung von Wärme und Kälte mit gradweisen Unterschieden und zuweilen mit einer Steigerung bis zu wirklichem Schmerz, abhängig bald von einer peripherischen Gewebsstörung, bei welcher die Endigungen der Nerven mit betheiligt sind, bald von krankhaften Zuständen in der Bahn der Nerven bis zu seiner Endigung im Centralorgan;

als Verminderung und Aufhebung der Temperaturempfindung und Temperaturunterscheidung, häufiger abhängig von Erkrankungen des Centralorganes als von solchen der Peripherie.

Die anomalen Temperaturempfindungen haben auch für die örtlichen Erkrankungen der Antlizprovinz eine grössere Bedeutung, als die Tastempfindungen. Ihre Entstehung ist zuweilen eine gemischte. So ist das Gefühl erhöhter Wärme und Hize in manchen Fällen insofern objectiv begründet, als die Gesichtshaut einige Grade mehr Eigenwärme zeigt, als im Normalzustand, aber die Hize, welche der Kranke empfindet, ist eine ungleich mehr gesteigerte und muss so angesehen werden, dass sie nicht bloss der reellen Empfindung des höheren Temperaturgrades ent-

spricht, sondern auch durch die Reizung der Nervenendigungen in Folge der Belastung der Peripherie mit Blut und in Folge anderer krankhafter Processe zustandekommt. In der That sieht man die Wärmeempfindung des Kranken in einem und demselben Falle nicht parallel gehen mit der Steigerung des Grades der Eigenwärme, und jener empfindet zuweilen eine viel heftigere Hize in seiner Antlizprovinz zu einer Zeit, wo die Eigenwärme noch nicht den höchsten Grad erreicht oder ihn bereits überschritten hat. — Die Verminderung der Wärmeempfindung ist wie die der Tastempfindung mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf eine Störung im Centralorgan oder in der Nervenbahn (gleichfalls des Quintus) zu beziehen, als auf die der Peripherie.

c) Geruchsempfindungen.

Abnorme Geruchsempfindungen, die zu grosse Empfindlichkeit (Hyperosmie), wie die subjectiven Gerüche (Geruchshallucinationen, Parosmieen) können möglicherweise im Olfactorius ihren Grund haben: in der Mehrzahl der Fälle dürfte jedoch ihre Ursache im Gehirn liegen und die Geruchsempfindung nur ein einzelnes, vielleicht hervorstechendes Symptom einer Gehirnkrankheit sein.

Die Hyperosmie kann zu lästigen Zufällen, unbesiegbarem Unbehagen, ja sogar zu schweren Nervenzufällen (Krämpfen, Unmachten) bei Einwirkung von Gerüchen, die für Andere gleichgültig oder nicht unangenehm sind, Veranlassung geben. Nicht selten findet sich daneben oder für sich allein eine Vorliebe für schlechte Gerüche. Die Geruchshallucinationen sind, wenn sie nicht sehr lebhaft sind, ohne Folgen, auch gehen sie meist bald vorüber. Erreichen sie aber einen höheren Grad und dauern sie lange, so sind sie als wahrscheinliche Vorläufer von Hallucinationen anderer Sinne anzusehen und haben Gemüthskrankheit, Schwermuth zur Folge oder sind schon ein Symptom derselben. —

Cullerier und Maingault (Miscelle in Froriep's Notizen 1824 VIII. 255 ohne Quellenangabe) fanden bei einer perpetuirlichen Parosmie Incrustationen der Arachnoidea und Abscesse in den grossen Hemisphären. Aber nicht nur grobe Veränderungen im Gehirn, sondern auch Abweichungen der Gehirnthätigkeit, bei welchen keine anatomischen Störungen vorausgesezt werden können, haben (und zwar vielleicht öfter als jene) einen Einfluss auf den Geruchsinn. So finden sich die olfactorische Hyperästhesie und die Geruchsidiosyncrasieen bei überempfindlichen Subjecten überhaupt, besonders des weiblichen Geschlechts, bei Hysterischen, Hypochondern. Die Geruchshallucinationen (meist Gestank) hat man ausser bei wirklichen Irren bei Hysterischen, Onanisten, Päderasten beobachtet. Vgl. die zwei Fälle von Weisse in Fricke und Oppenheim's Zeitschrift 1837 V. 249, ferner Fränkel (aus Med. Z. vom Ver. f. Heilk. in Preussen in Schmidt's Jahrb. XXII. 29), Betz (allgem. med. Centralzeit. XXIII. 617). Ueber die Geruchshallucinationen der Irren vgl. unter Andern: Hagen (1837 die Sinnestäuschungen in Bezug auf Psychologie, Heilkunde und Rechtspflege. 79 ff.), Sinogowitz (1843 die Geistesstörungen, 290—305).

Die Unempfindlichkeit für Gerüche (Anosmie) hängt entweder von verschiedenen materiellen Veränderungen, Zerstörungen der Nasenschleimhautfläche ab, oder ist sie in dem Zustande des Nervensystems begründet und zwar in der Mehrzahl der Fälle nicht in dem Olfactorius, sondern im Gehirn.

Doch kommen auch Fälle vor, in welchen wegen angebornen Mangels des Olfactorius oder wegen Zerstörung desselben durch Geschwülste oder Abscedirungen in seiner Nähe der Geruchsinn fehlte (3 Fälle der ersten Art und 8 der zweiten sind bei Bérard: Dict. en XXX. Vol. XXII. 16 zusammengestellt). Auch durch zu starke, plözliche oder sich oft wiederholende Geruchseindrüke kann die Empfindlichkeit zerstört werden (Fall von Graves in Dubl. Journ. V. 69) oder allmälig verloren gehen. — Die Anosmie ist, mag sie von localen peripherischen Störungen abhängen oder in dem Mangel der Leitung oder der Gehirnperception begründet sein, an sich von höchst geringem Einfluss: die Empfindlichkeit für mechanische Eindrüke in der Nase geht dabei nicht verloren.

d. Abnorme Geschmaksempfindungen sind wahrscheinlich nur *höchst selten*, vielleicht niemals für sich bestehende Affectionen, begleiten

die Krankheiten der Mundhöhle als unwesentliche Nebensymptome, treten dagegen viel häufiger bei Erkrankungen des Darmes und des Gehirnes ein. Sie stellen sich dar in der Form:

übermässiger Geschmaksempfindlichkeit;
subjectiver Geschmäke;
der Geschmaklosigkeit.

Die übermässig gesteigerte Geschmaksempfindlichkeit wird zuweilen bei Reizbarkeit des Gehirns in der Hysterie, in psychischen Störungen und in manchen Fällen von Typhus beobachtet. Sie zeigt im Allgemeinen bei diesen Affectionen einen bedeutenden Grad der Gehirnstörung an, und lässt schwere Delirien und comatöse Zustände erwarten.

Die subjectiven Geschmaksempfindungen, die Empfindung eines süssen, salzigen, säuerlichen, scharfen, bitteren, fötiden Geschmaks, ohne dass entsprechende Stoffe sich im Munde befinden, sind äusserst häufig. Die subjective Geschmaksempfindung ist dabei entweder fortdauernd und auch bei leerer Mundhöhle vorhanden, oder tritt sie ein, sobald beliebige Substanzen mit dem Geschmaksorgan in Berührung kommen. Doch muss man trachten, mit ihnen nicht solche Fälle zu verwechseln, in welchen in Folge der Secretionen der Mund-, Rachen- und Respirationsschleimhaut, der Speicheldrüsen, Mandelfollikel, des Magens Stoffe in mehr oder weniger unmerklicher Weise an das Geschmaksorgan gelangen und die Empfindungen somit nur scheinbar subjectiv sind, in Wahrheit aber einen genügend objectiven Grund haben. — In vielen Fällen hängen die subjectiven Geschmaksempfindungen, am häufigsten wohl der bittere Geschmak, von einer örtlichen Irritation der Zungenwärzchen ab, wie solche besonders bei den meisten intensiveren Zungencatarrhen besteht, und es ist fast immer ein voreiliger Schluss, den bei diken Zungenbelegen, besonders der hinteren Zungenpartieen so häufig vorhandenen bitteren Geschmak einer besondern biliösen Complication zuzuschreiben. Er hat meist nur seinen Grund in einer vorwiegenden Irritation der hintern, für die Empfindung des Bittern organisirten Zungenwärzchen (papillae vallatae). So beobachtete ich in Folge einer ausgezeichnet starken hypertrophischen Wulstung dieser Wärzchen bei einem der Tuberculose verdächtigen Weibe eine andauernde, ungemein lästige, bittere Geschmaksempfindung, welche auch die Hauptklage der Kranken war. — In einzelnen Fällen, zunächst bei Galleuretention scheint der Zustand des Bluts die Ursache des abnormen Geschmaks zu sein. Doch ist ein solcher Zusammenhang immer nur dann anzunehmen, wenn die Zunge dabei rein, ohne Zeichen von Catarrh und Injection ist und wenn auch aus andern Erscheinungen die Unterdrükung der Gallensecretion hervorgeht. Es schliessen sich daran die Geschmaksempfindungen bei manchen Metallintoxicationen (Queksilber, Blei). — Endlich aber sind subjective Geschmaksempfindungen, wahre Geschmakshallucinationen häufig auch die Folge von Gehirnstörungen: bei nervöser Fieberform, bei Hysterischen, Hypochondern, Epileptischen, Irren. Meist sind diese Geschmaksempfindungen höchst widerlicher Art, sehr selten dagegen angenehm. Sie werden vielfach bei derartig disponirten Individuen das Material zu mehr oder weniger complicirten Wahnvorstellungen und die Ursache und der Inhalt von Delirien.

Subjective Geschmaksempfindungen von zuweilen nicht zu erklärenden Qualitäten kommen häufig bei Individuen vor, die ohne eigentlich irre zu sein, doch eine allgemeine Perversität der Vorstellung zeigen. So findet man oft, dass halb hysterische Weiber, die über alle Theile, besonders aber über prikelnde und stechende Empfindungen in der Haut klagen, eine entsprechende scharfe, gemeiniglich mit Pfeffer-Geschmak verglichene Geschmaksempfindung zeigen. — Bei einem Individuum, welches in Folge von spontanen, langsam sich ausdehnenden Gerinnungen in der Schenkelvene und unteren Hohlader, mit hinzugekommenem linkseitigem pleuritischem Exsudate und nach wiederholten heftigen Frösten (wie bei Pyaemie) auf meiner Klinik starb, fand sich Wochen lang vor dem Tod ein unerträglicher fötider Geschmak, der den Kranken auch während der eine scheinbare Besserung des Zustandes anzeigenden, öfters eintretenden mehrtägigen Remissionen peinigte. In der Leiche konnte weder im Magen, noch in der Mundhöhle, noch in den Respirationsorganen ein Grund des Phänomens entdekt werden.

Die Verminderung und der vollkommene Mangel der Geschmaksempfänglichkeit wird ziemlich selten beobachtet. Vorübergehend kommt dieser bei und nach schweren fieberhaften Krankheiten vor. Nach apoplectischen Lähmungen ist zuweilen der Geschmak auf der Hälfte der Zunge verloren gegangen.

Einseitige Geschmaklosigkeit bei Geschwülsten, welche auf den dritten Ast des Quintus drükten, wurden von Bell, Bishop und Romberg (s. des lezteren Lehrbuch der Nervenkrankheiten p. 236) beobachtet. Bei alten Subjecten und Blödsinnigen verliert sich oft der Geschmaksinn, und in einzelnen Fällen soll er aus Mangel an Uebung verloren gegangen sein. — Nicht zu verwechseln mit der wahren Geschmaklosigkeit sind jene Fälle, in welchen wegen diker Belege die Geschmaksempfänglichkeit vermindert ist.

e. Durst begleitet häufig die acuten Affectionen der Mund- und Rachenhöhle und ist eine ziemlich bedeutungslose Erscheinung.

f. Schmerzen in der Antlizprovinz können entweder spontan eintreten und zwar andauernd sein oder in einzelnen Anfällen sich zeigen, oder hervorgerufen werden durch Berührung und Bewegung der Theile.

Sie können abhängig sein:

von peripherischen Gewebsstörungen, in welchem Falle sie dann zu der Diagnose einen wesentlichen Beitrag zu geben vermögen, wenn die Gewebsstörung selbst noch eine verborgene ist (beginnende Affectionen verschiedener Art, Krankheiten der Knochen, der Kieferhöhlen etc.);

von peripherischen Nervenstörungen (siehe peripherische Neuralgieen);

als excentrisirte Schmerzen von Störungen auf der Bahn oder am Ursprung der Nerven, zumal der Portio major des Quintus, auch zuweilen des Gehirns;

als sympathische Schmerzen hauptsächlich von gastrischen Erkrankungen, Ueberfüllung des Magens, Indigestion (Stirnschmerz);

als Theilerscheinungen von verbreiteten Krankheitsprocessen, bei Hysterischen, bei diffusen Rheumatismen, Gicht und bei manchen Vergiftungen und Infectionen.

Die Schmerzen in der Antlizprovinz können alle Charactere und Formverschiedenheiten zeigen, wie solche den dort vereinigten Geweben (Haut, Schleimhaut, Knochen, Muskeln etc.) zukommen. Ein der Antlizprovinz eigenthümliches Verhalten der Schmerzen ist nicht nachzuweisen.

Die Schmerzen sind schon von grösster Wichtigkeit wegen des Werthes, welchen der Kranke auf dieses Symptom legt und weil mit der Beseitigung der Schmerzen sehr oft auch die übrige Störung rascher und leichter sich löst. In der That aber können die Schmerzen auch häufig aus ihrer Art einen diagnostischen Schluss auf die befallenen Gewebe zulassen; denn sie sind im Allgemeinen brennend, beissend, jukend und stechend auf der Cutis und der Schleimhaut, ziehend, spannend und die Stelle wechselnd bei Affectionen der Muskeln, dumpf und drükend bei Erkrankungen der Knochenhöhlen, bohrend bei denen der Knochen. Ihr Siz ist gleichfalls oft annähernd entscheidend, nicht nur für die Stelle der Erkrankung, sondern auch für ihre Art und Bedeutung. Der einseitige oder beiderseitige Stirnschmerz hängt entweder von Affectionen der Stirnhöhlen ab, oder ist auf eine vorläufig nicht erklärbare Weise Folge einer acuten Magenerkrankung. Die über die Provinz eines oder mehrerer Aeste des Quintus einer Seite verbreiteten Schmerzen zeigen sich vornehmlich bei der Gesichtsneuralgie, doch kommen auch ganz beschränkte Schmerzen bei dieser Erkrankung vor. Die Intermittenz der Schmerzen ist zwar häufiger bei neuralgischen Zuständen, doch nicht ausschliesslich bei ihnen, indem auch bei Gewebsstörungen der Schmerz häufig in Anfällen kommt, noch häufiger in solchen sich steigert. Es bedarf meist einer mehrmaligen Beobachtung und eines Zusammenfallens der Schmerzen mit den übrigen örtlichen und entfernten Verhältnissen, um zu einer richtigen Beurtheilung zu gelangen.

2. Die Gestalt und das Volumen der Theile.

Die Form und Schwellung der Theile gibt Aufschluss über Bildungs- und Ernährungsstörungen, den Grad der Hyperämie, über Infiltrationen

und Ergüsse ins Gewebe und über das Vorhandensein von Neubildungen. — Sobald die Volumensvergrösserung einen etwas beträchtlicheren Grad erreicht, wird stets die Gestalt des Theiles eine plumpe und unförmliche, was besonders an der Antlizfläche, an dem Wangenparenchym, an den Lippen und an der Zunge sehr auffallend wird.

Es ist bei der Beurtheilung der Form nicht zu übersehen, dass dieselbe oft durch den Druk benachbarter Theile, welche nicht ausweichen können, bestimmt wird, z. B. durch die Zähne, durch Abscesse in der Tiefe, durch Geschwülste, und zwar sowohl in dem Falle, dass der resistente Theil, als in dem, dass der nachgiebige die Volumsvergrösserung erlitten hat.

3. Die Consistenz.

Abnorme Weichheit kommt kaum anders vor, als indem sie einen der Oeffnung nahen Abscess anzeigt. Es ist in dieser Beziehung die abnorme und umschriebene Weichheit einer Stelle um so werthvoller, als es selten gelingt, wirkliche Fluctuation zu entdeken.

Lokerheit des Gewebes findet sich vornehmlich am Zahnfleisch, theils als ein für sich bestehender abnormer Zustand, theils aber als Begleiterin der Hyperämie und Infiltration des Zahnfleisches.

Abnorme Härte wird am häufigsten wahrgenommen und kann schon bei starker Hyperämie, noch mehr bei Infiltration der Gewebe, zumal chronischer, vorkommen.

Man muss sich hüten, bei einer auch beträchtlichen Härte, selbst wenn sie mit Geschwulst verbunden ist, ohne Weiteres eine scirrhöse Entartung zu diagnosticiren.

4. Die Farbe.

Die Blässe derjenigen Theile, welche im Normalzustande roth gefärbt sind, zeigt Anämie, oder seröse, feste oder eiterige Infiltration an.

Abnorme Röthe hängt entweder von stärkerer Injection der Gefässe, oder von ausgetretenem Blute, oder von Pigmentirung ab.

Es ist bei der abnormen Röthe genau zu unterscheiden, ob sie von localen oder allgemeinen Zuständen abhängt. Siehe die Processe der Hyperämie, der Hämorrhagie und die Pigmentirung der einzelnen Partieen der Antlizprovinz.

Eine bläuliche, grauliche, livide Färbung zeigt an:

eine Blutstokung solcher Art, bei welcher die Circulation durch den Theil fast ganz aufgehört hat, und kann daher bei höherem Grade als ein Vorläufer oder selbst als ein Zeichen des Absterbens des Theiles angesehen werden;

zuweilen Anämie und beginnenden Schwund;

an Zähnen und Zahnfleischrand die Bleiintoxication;

unvollkommene Oxydation des Blutes, und hängt in diesem Falle mit Störungen im Herzen oder im kleinen Kreislauf zusammen;

chronische Intoxication durch Silbersalze.

Gelbliche Färbung hängt ab:

von Blutdiffusion;

von Gallenfarbstoff;

von örtlicher Absezung von Pigment;

von manchen Constitutionskrankheiten (Krebs, äusserster Marasmus, Bleiintoxication etc.).

Schwarze Färbungen finden sich:
bei absoluter Stase, dem Brand vorangehend (zuweilen bei der Cholera);
bei Absezung von Pigment.

S. Pigmentirung der einzelnen Partieen der Antlizprovinz.

5. Temperatur.

Eine Erhöhung der Temperatur der Antlizprovinz findet sich bei Fieberzuständen neben Erhöhung der Gesammttemperatur, örtlich bei mit intensiver Hyperämie einhergehenden topischen Störungen.

Eine Verminderung der Temperatur ist niemals Zeichen einer localen Erkrankung der Antlizprovinz, sondern fällt mit allgemeiner Temperaturverminderung des Körpers zusammen, ist aber an Stirn, Nase, Zunge, Ohren zuweilen auffallender, als an irgend einer andern Körperstelle (bei Collapsus, bei Cholera etc.).

6. Die Bewegungen.

Die Bewegungen der Muskel der Antlizprovinz werden durch die meisten der dortigen peripherischen Affectionen mehr oder weniger beeinträchtigt, genirt, selbst unmöglich gemacht und zwar im Allgemeinen um so mehr, mit je grösserer Acuität leztere auftreten. In noch höherem Grade tritt die Störung der Bewegungen ein, wenn die Affection die entsprechenden Nerven betrifft.

Zunächst werden bei geweblichen Störungen die Muskel in ihrer Thätigkeit gehemmt, welche dem Siz der Erkrankung benachbart sind; weiterhin können aber auch entferntere Muskel mehr oder weniger beeinträchtigt werden. Nicht nur die feineren, sondern auch die gröberen Bewegungen der Antlizmuskel, der Lippe, der Zunge, des Velums können in dieser Weise nothleiden und Mimik, Aufnahme und Verarbeitung der Speisen, Articulation der Laute in der mannigfachsten Weise gestört oder gänzlich verhindert werden. Namentlich wird sehr häufig die Reinheit der articulirten Laute gestört und zwar durch die verschiedensten Affectionen der Mund-, namentlich aber der Rachenhöhle. Einen eigenthümlichen, nicht durchaus zu erklärenden Einfluss üben die Mandeln und die Uvula, namentlich ihr Volum auf die Stärke, Ausdauer und den Umfang der Stimme, auf die Fähigkeit, gewisse hohe oder tiefe Töne in vollkommener Reinheit hervorzubringen. Im Allgemeinen aber schwächen alle Affectionen der Schleimhaut der Rachentheile, namentlich des Velums, die feineren Bewegungen der Gaumenmuskel und die vollkommene Beherrschung ihrer Contractionen durch den Willen. An dem Belegtsein der Stimme, noch mehr an einem eigenthümlichen Gutturaltimbre der Laute kann oft ohne alles Weitere das Vorhandensein einer Erkrankung der Mund- und Rachenhöhle, vorzüglich des Gaumens, Velums und der Tonsillen erkannt werden. — Erkrankungen der Tonsillen und der übrigen Rachentheile, Exstirpation der Tonsillen haben gewöhnlich die Folge, die Stimme zu schwächen und ihren Umfang zu verringern. Doch hat man auch entgegengesezte Erfahrungen gemacht. Bennati führt einen Fall an, wo nach der Exstirpation von zwei Dritteln der abnorm vergrösserten Mandeln die Bruststimme heller und voller wurde und an Umfang um zwei Töne gewann, während aber vier Mundtöne verloren gingen. In einem zweiten Falle, den er mittheilt, verlor bei einem Sänger durch eine Mandelanschwellung die Bruststimme, welche den gewöhnlichen Umfang des Tenors hatte, ihren Klang und ihre Ausdehnung und erstrekte sich nur noch bis zum eingestrichenen d, während dagegen die Mundstimme durch die Krankheit fünf Töne gewann; nach der Anwendung von Adstringentien erhielt jene wieder ihren früheren Klang und erreichte wieder das eingestrichene f, während die Mundtöne, welche durch die Krankheit erlangt worden waren, auch nach Beseitigung derselben erhalten blieben. Der Uebersezer von Bennati's Schrift fügt eine weitere Erfahrung bei, wonach ein Tenorist mit schwacher, dünner Stimme von geringem Umfange, aber ziemlicher Höhe nach einer syphilitischen Affection der Mund- und Rachenhöhle seine Stimme in einen kräftigen, sonoren Bass verwandelt sah. (Bennati, die physiol. u. pathol. Verhältnisse der menschl. Stimme, nach

dem Französ. frei bearbeitet, 1833. p. 18). — Die Beeinträchtigung der Bewegungen der Lippen wird ausser für die vollständige Production der Lippenlaute noch weiter für die Zurükhaltung des Inhalts der Mundhöhle und bei Säuglingen für das Saugen fühlbar. Lezteres namentlich wird häufig durch schmerzhafte Affectionen der innern Lippenhaut, der innern Wangenhaut (Soor) und des Zahnfleisches erschwert oder sogar unmöglich gemacht. — Die Kaubewegungen werden durch alle schmerzhaften Affectionen der Wangen- und Mundhöhle, durch Volumsvergrösserungen und Geschwülste daselbst und in benachbarten Theilen, durch Krämpfe und Lähmungen der Kaumuskel selbst gestört.

Die Kaubewegungen sind bei den Affectionen der Antlizprovinz häufig nur scheinbar beeinträchtigt, indem der Kranke aus Furcht vor Schmerz sie nicht auszuführen wagt, oder sie nur ängstlich und ungeschikt ausführt. — Am fühlbarsten werden die Affectionen der Mund- und Rachenhöhle, vorzüglich der Lezteren, auf die Schlingbewegungen, machen dieselben schmerzhaft, schwierig, selbst unmöglich, und selbst leichtere Affectionen der Gaumensegel, Tonsillen, Ohrspeicheldrüsen oder der hinteren Wand des Pharynx können hiedurch bisweilen höchst lästige Beschwerden veranlassen. Diese Erschwerungen des Schlingens bei den Affectionen der Rachentheile sind so gewöhnlich und so auffallend, dass die frühere symptomatische Medicin nach diesem einzigen Symptome alle jene Erkrankungen generell zusammenfasste und dass der daher rührende Name: Angina auch noch heute populär und geläufig ist.

Andererseits sind aber häufig auch sehr beträchtliche Veränderungen auf der Antlizfläche, in der Mund- und Rachenhöhle vorhanden, ohne dass die Bewegungen gestört sind. Zumal chronisch sich ausbildende Anomalieen ohne Volumsveränderung lassen die Bewegungen oft intact.

Beim Fehlen von peripherischen Gewebsstörungen kann die Störung der Bewegung der Theile entweder von den Nervenstämmen oder vom Gehirn abhängen und es ist die Entscheidung der Ursache der Anomalie für die Beurtheilung eines Falls von der äussersten Wichtigkeit. S. die Erkrankungen der einzelnen Nerven der Antlizprovinz und die Krankheiten des Gehirns.

7. Die Secretionen, die Exsudate und der Auswurf.

Sie liefern eine Reihe von Zeichen, welche den nächsten Aufschluss über den Process zu geben vermögen.

Zuvörderst ist bemerkenswerth, dass die secretorischen Organe der Mund- und Rachenhöhle: die Schleimhaut mit ihren Follikeln und die Speicheldrüsen, welche schon bei Erkrankung ferner Theile so leicht eine Störung ihrer Secretion zeigen, die sich durch Zungenbeleg, vermehrte und veränderte Speichelung zu erkennen gibt, solche Störungen um so mehr und fast constant eintreten lassen, sobald irgend eine Partie der Mund- und Rachenhöhle acut oder in schwererer Weise chronisch afficirt ist. Dike Zungenbelege und vermehrte oder veränderte Speichelsecretion begleiten daher fast immer die acuten und schwereren chronischen Affectionen in der Mund- und Rachenhöhle und deren Nachbarschaft, welcher Art auch diese Affectionen sein mögen.

Die Exsudationen in diesen Organen sind selten nur wässeriger oder seröser Art. Auch wo sich Bläschen bilden, sind diese der Weichheit des Epitheliums wegen von geringer Dauer, und des Gefässreichthums der Schleimhaut wegen zeigen sie meist einen trüben (eitergemischten) Inhalt. Die plastischen Exsudate zeigen nur einen sehr unvollkommenen Grad von Organisationsfähigkeit und erheben sich nicht über die Bildung loker aufsizender Pseudomembrane, gehen namentlich, Fälle von traumatischen Continuitätstrennungen ausgenommen, nicht leicht innige und dauernde Verbindungen mit den Gewebstheilen selbst ein. Werden sie nicht entfernt, so sind sie der Zersezung sehr ausgesezt und geben oft dadurch Veranlassung zu Mortificationsprocessen der unter ihnen liegenden Gewebsflächen.

Verborkende Exsudate kommen fast nur auf der Gesichtsfläche an den Lippen und an der hintern Rachenwand vor.

Die eiterigen Exsudate, wenn sie nicht rasch entfernt werden, zeigen oft, auch wenn sie vollständig durch die Gewebe abgeschlossen waren (Abscesse unter der Schleimhaut und in den benachbarten Parenchymen) einen durchdringend ekelhaften, wahrhaft fäcalen Geruch. (S. Weiteres bei der speciellen Betrachtung).

Der Auswurf wird bei den Affectionen der Nase, Mund- und Rachenhöhle am gewöhnlichsten durch Ausräuspern, zuweilen durch Niesen, Husten entfernt. Nicht selten gelangt er in den Magen, ruft dann oft Erbrechen hervor und erscheint mit dem ausgebrochenen Mageninhalte gemischt. Die Bestandtheile des Auswurfs sind

Blut, rein oder zu einem schmuzig röthlichen, wenig cohärenten, mässig zähen Brei mit andren Exsudaten, Speichel etc. gemischt, ferner Epithelium, Schleim, Speichel, Pfröpfe von zurükgehaltenem Drüsensecrete, pseudomembranöse Fezen, Eiter, Jauche.

8. Die Beschaffenheit der ausgeathmeten Luft.

Bei einer grossen Zahl von Affectionen der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, auch bei ganz gutartigen und wenig bedeutenden, fast immer aber bei den schweren Affectionen dieser Theile nimmt der Athem einen widerlichen, zuweilen höchst ekelhaften, die Luft weitumher verpestenden Geruch an.

9. Substanzverluste.

Die Substanzverluste, soweit sie nicht eine traumatische Ursache haben, werden durch Verschwärungen und Brand herbeigeführt.

Es ist bemerkenswerth, dass auch grössere Substanzverluste, wenn sie auf die Schleimhaut beschränkt waren, nach der Heilung zuweilen keine oder doch kaum merkliche Narben hinterlassen.

B. Einfluss auf andere Theile. Indirecte Symptome.

Selbst die an sich leichteren Affectionen der Antlizprovinz rufen häufig und zwar auf eine nicht immer genügend zu erklärende Weise einen anscheinend schweren Complex von secundären Symptomen hervor, die mit der Heilung der örtlichen Erkrankung bald wieder vollkommen verschwinden, bald nicht.

Die secundären Symptome hängen ab:

von Druk auf die Gefässe des Halses;

von Erschwerung der Luftpassage;

von topischer Ausbreitung der Erkrankung auf andere Theile;

von der Entleerung von Schleim, reichlichen Speichels oder andern Producten;

von der ungenügenden Functionirung des Kauapparats;

von consecutiven Veränderungen des Bluts;

von Reflexübertragungen, Mitempfindungen und Miterregungen;

von dem Fieber und den übrigen Erscheinungen der constitutionellen Irritation;

von sympathischen und andern complicirenden Störungen.

Bei mässiger und untergeordneter Theilnahme anderer Körperpartieen erscheinen die davon abhängigen Krankheitsäusserungen als indirecte und entfernte Symptome der primären Erkrankung der Antlizprovinz, bei vorgeschrittener Ausbildung der secundären Störung dagegen als Zeichen von Complicationen und consecutiven Erkrankungen.

Eine Ausbreitung der Affectionen der Antlizprovinz kann selbst bei an sich leichteren Erkrankungen eintreten und auf eine nicht immer genügend zu erklärende Weise einen mehr oder weniger schweren Complex von secundären Vorgängen hervorrufen, welcher mit der Heilung der örtlichen Erkrankung nicht immer vollkommen wieder verschwindet. — Die Geneigtheit zu einer solchen Mittheilung auf andre Organe ist im Allgemeinen grösser bei acuten, als bei chronischen Processen, doch auch bei lezteren durchaus nicht selten; sie ist grösser bei bösartigen, durch epidemische Einflüsse, Infection oder Constitutionserkrankung hervorgerufenen Störungen; sie ist im Durchschnitt grösser, je jünger das Individuum ist und je mehr es an sich schon constitutionell krank oder in erhöhtem Grade zu Erkrankungen disponirt ist. Doch lässt sich aus diesen Verhältnissen die Wahrscheinlich-

keit des Eintretens und des Grades der secundären Störungen nicht immer berechnen. So sind oft scheinbar unbedeutende Localstörungen von überraschend schweren allgemeinen Erscheinungen, benachbarten oder entfernten Affectionen begleitet und gefolgt. Man findet nicht selten Fälle, welche das Ansehen einer beginnenden schweren fieberhaften Affection zeigen und bei welchen sich nichts als eine Coryza oder ein Lippenherpes ausbildet oder bei welchen die Untersuchung der Mundhöhle eine vielleicht unbedeutende Amygdalitis als locale Ursache sämmtlicher Erscheinungen aufweist. Man hat gefunden, und es lässt sich kein genügender Grund dafür angeben, dass bei einer an sich geringfügigen Affection, wie die Mandelentzündung, die Zungenentzündungen, noch ehe sich die Geschwulst recht entwikelt hat, oft die allerschwersten Allgemeinsymptome vorhanden. In keinem andern Verhältnisse aber ist die Disproportion zwischen der mässigen Localstörung und der Schwere der secundären Phänomene so auffallend, als zuweilen bei den Folgen des Zahndurchbruchs. S. oben.

Die mehr oder weniger bekannten Proceduren, durch welche bei Erkrankungen der Antlizprovinz secundäre Zufälle und Affectionen herbeigeführt werden können, sind:

Druk auf die Gefässe des Halses. Bei jeder einigermaassen beträchtlichen Anschwellung der Rachentheile, namentlich der Mandeln, der Ohrspeicheldrüsen, der Zunge werden die vom Gehirn und Gesicht kommenden Venen gedrükt, der Rükfluss des Blutes dadurch gehemmt und auf diese Weise ein secundäres Gehirnleiden, dessen Heftigkeit in keinem Verhältniss zur Bedeutung der Primärerkrankung steht, herbeigeführt. So treten bei rasch vorübergehenden Anschwellungen der genannten Theile nicht nur Eingenommensein des Kopfs, Sausen in den Ohren und lebhafteste Kopfschmerzen, sondern eine ungewöhnliche Unruhe, Schlaflosigkeit, Bilderjagd, selbst Delirien und Convulsionen, oder aber ungemeine Hinfälligkeit, Schlafsucht und Neigung zu Prostration und halb soporöse Zustände ein. — Auf demselben Verhältniss der gehemmten venösen Circulation beruht die bei diesen Affectionen so gewöhnliche Gedunsenheit des Gesichts und das rothe, später etwas livide Aussehen, was häufig das Antliz solcher Kranken zeigt.

Die Erschwerung des Durchgangs der Luft durch geschwollene Nasen- und Rachentheile bedingt eine angestrengtere, beschleunigtere Respiration, Oppression der Brust, Gefühl von Angst, zuweilen Hyperämieen und catarrhalische Zustände der Luftwege mit wirklichen Schmerzen auf der Brust, bei jüngeren oder disponirten Individuen mit Erstikungskrämpfen. Nur selten jedoch droht von dieser Erschwerung des Luftdurchgangs eine wirkliche Erstikung, obwohl die Zufälle, welche die Athemnoth indirect herbeiführen kann (Hyperämieen, Apoplexieen und Exsudationen in den Lungen, Blutstokung im Gehirn, über alles Maass gesteigerte Unruhe und darauf folgende Erschöpfung), bei zarten Individuen sehr wohl ernstliche Lebensgefahr begründen können.

Ausbreitung der Hyperämie und Entzündung und sonstigen Gewebsveränderung auf andere benachbarte Theile oder auch im Bereich der Antlizprovinz selbst ist äusserst ergiebig. Die Affectionen der Antlizfläche breiten sich über die übrige Haut, oder in die Nase, Mundhöhle, auf die Knochen aus. — Die Nasenaffectionen auf Cutis, Augenschleimhaut, Rachenhöhle. — Fast immer haben die acuten, etwas bedeutenderen Affectionen der Mund- und Rachenhöhle einen sehr intensen Magen- und Darmcatarrh im Gefolge, der schon bei Erwachsenen durch gänzliche Appetitlosigkeit, diksten Zungenbeleg, Empfindlichkeit der Magengegend, hartnäkige Verstopfung beschwerlich wird, bei Säuglingen und kleinen Kindern aber einen bedenklichen Grad erreichen, mit Erbrechen und heftiger Diarrhoe verlaufen und zu plastischer Exsudation oder Erweichung im Intestinaltractus führen kann. Noch gefährlicher ist die Verbreitung acuter Affectionen der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle auf die untern Respirationsorgane; dieselbe findet zwar bei Erwachsenen meist nur in der gelinden Form eines Catarrhs dieser Schleimhaut statt, zuweilen jedoch schon bei ihnen, noch mehr bei kleineren Kindern und bei Exsudativprocessen auf den Rachentheilen in der Form meist tödtlicher erythematöser, ödematöser oder croupöser Laryngitis. Die Verbreitung catarrhalischer Zustände auf die Eustachische Röhre findet äusserst häufig statt und bedingt zwar keine unmittelbare Lebensgefahr, wohl aber eine oft unheilbare Schwerhörigkeit. Auf die Knochen des Felsenbeins, auf das innere Gehörorgan, auf die übrigen Knochen des Kopfes und der oberen Wirbelsäule pflegen sich nur die intensesten und zerstörendsten Affectionen der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle auszubreiten. Die syphilitischen Verschwärungen des Rachens und der Krebs der Zunge verbreiten ihre Verwüstungen zuweilen auf den Larynx. — Bei den verschiedenen Affectionen der Mund- und Rachenhöhle, vornehmlich bei Verschwärungen daselbst,

entstehen bei disponirten Individuen (z. B. bei Kindern) gerne Infiltrationen der am Hals gelegenen Lymphdrüsen. — Die Affectionen der einzelnen Zweige des Quintus, mögen sie ursprünglich neuralgisch oder durch eine peripherische Gewebsstörung (Zahncaries, Abscess u. dergl.) bedingt sein, breiten sich, wenn der Schmerz heftig wird, über weitere Aeste des fünften Paares aus, theilen sich sogar zuweilen andern Gehirnnerven (Facialis) mit. Die Affectionen des Facialis haben eine ähnliche Geneigtheit zur Verbreitung.

Das Abfliessen der Secretion der Nasenschleimhaut, der Mundflüssigkeit und des Speichels ruft, wenn es über die Lippen herab geschieht, zuweilen Hyperämieen und Excoriationen an denselben hervor; wenn es auch nur in den kleinsten Quantitäten in den Larynx erfolgt, die heftigsten Hustenanfälle, selbst Erstikungsnoth; wenn es in grösserer Menge in den Magen stattfindet, Ueberfüllung desselben, Neigung zum Erbrechen und bei längerer Dauer mannigfache chronische Magenkrankheiten (s. diese). — Die Entleerung von viel Speichel kann das Individuum im Ganzen schwächen, einen fieberhaften Zustand, bei längerer Dauer Abmagerung oder gar Hectik zur Folge haben.

Das unvollkommene Kauen und die ungenügende Einspeichelung der Speisen, wie diess bei den verschiedensten Affectionen der Mund- und Rachentheile vorkommt, erschwert die Verdauung und vermag hiedurch theils Erkrankungen des Magens, theils entsprechende Störungen der Constitution überhaupt herbeizuführen.

Die Veränderungen des Blutes, welche durch Affectionen der Antlizprovinz herbeigeführt werden können, sind noch wenig untersucht. Bemerkenswerth ist, wie durch eine so unbedeutende topische Erkrankung, als welche die acute Tonsillenentzündung erscheint, der Faserstoffgehalt des Bluts so beträchtlich steigen kann. Bei den croupösen und septischen Affectionen dieser Organe bleibt ohne Zweifel eine entsprechende Blutveränderung nicht aus.

Die fieberhaften Erscheinungen, welche die acuten Affectionen der Antlizprovinz sehr gewöhnlich begleiten, können durch die heftigen Schmerzen, die Unruhe und Schlaflosigkeit des Kranken, durch den gehemmten Rükfluss des Bluts aus dem Kopf, durch die geweblichen Schmelzungen, durch die Veränderungen des Blutes hervorgebracht werden. Sie haben, sofern sie die Organe der Mund- und Rachenhöhle begleiten, das Eigenthümliche, dass sie, wenn sie gleich meist mit grosser Acuität auftreten, auch selbst bei grosser Steigerung rasch wieder nachlassen und meist nur von einer kurzen Reconvalescenz gefolgt sind, ferner dass, wenn die Fieberbewegungen nicht sehr mässig sind, bald bedeutende Gehirnsymptome hinzutreten und eine Neigung zur Prostration sich bemerklich macht.

Reflexbewegungen sind bei den Erkrankungen der Antlizprovinz ungemein häufig und erfolgen bei manchen Formen mit grosser Regelmässigkeit. Die Reflexe gehen theils von den empfindenden Flächen auf die zunächst benachbarten motorischen Apparate (Antlizmuskel, Gaumensegel), theils auch auf entferntere Muskelgruppen, so von Reizungen der Nasenschleimhaut auf die Exspirationsmuskel, von Reizungen des hintern Gaumens und Rachens auf Zwerchfell und Bauchmuskel (Brechbewegungen), bei heftigen Reizungen der sensitiven Nerven auf das ganze motorische System (allgemeine Krämpfe).

Zahlreiche Erfahrungen sprechen dafür, dass sowie die Theile der Antlizprovinz von fernen Organen aus sympathisch afficirt werden können, so umgekehrt auch bei Primärerkrankung jener eine sympathische Consecutivaffection anderer Theile vorkommen kann. Namentlich aber hat man während des Bestehens oder beim raschen Verschwinden von Parotisaffectionen eine Erkrankung der Hoden, der Ovarien und der Bauchspeicheldrüse zuweilen beobachtet. Catarrhe der Nasenschleimhaut können mit manchen sympathischen Erscheinungen verbunden sein und Blutungen mit anderen Hämorrhagieen alterniren.

V. Diagnose und Bedeutung der Affectionen der Antlizprovinz.

Die Diagnose des Vorhandenseins einer Affection der Antlizprovinz ist bei der Zugänglichkeit der Theile leicht zu machen, wenn man nur die Untersuchung derselben nicht versäumt und sie geschikt vorzunehmen weiss. Auch die Art der anatomischen Störung ist bei gehöriger Kenntniss der daselbst vorkommenden Erkrankungsformen sehr sicher zu bestimmen. — Viel schwieriger zu beantworten und zum Theil auch

wichtiger ist die Frage nach den Ursachen der örtlichen Affectionen im speciellen Fall und namentlich die Entscheidung, ob eine solche ein rein topisches Leiden oder durch constitutionelle Verhältnisse bedingt sei. Eine genaue Berüksichtigung der Formen, des Aussehens, des Sizes, Verlaufes, der mannigfaltigen Verhältnisse der örtlichen Störung, eine gründliche Ausforschung der Anamnese und der übrigen Umstände, unter welchen das Individuum erkrankte, kann in vielen Fällen, jedoch nicht immer, genügende Sicherheit über diese Fragen verschaffen.

Wenn Aerzte Affectionen der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle und selbst der Antlizfläche so oft gänzlich übersehen, so liegt die Schuld häufig an der Flüchtigkeit der Untersuchung, häufig auch an der noch so verbreiteten Mangelhaftigkeit der Ausbildung der Sinne für eine objective Untersuchung. Wer gewohnt ist, nur von dem Kranken selbst sich die Symptome erzählen zu lassen, wird oft genug gerade die wichtigsten und wesentlichsten Erscheinungen gar nicht erfahren; und so kam es, dass erst in neuester Zeit eine Menge Affectionen der Mund- und Rachenhöhle von grösster practischer Wichtigkeit bekannt geworden sind. — Wenn nach dem heutigen Stande des Wissens und des practischen Verfahrens bei der Diagnose ein Uebersehen von Mund- und Rachenaffectionen kaum verzeihlich ist, so ist dagegen ihre Deutung und ihre Beziehung auf allgemeine und constitutionelle Erkrankung häufig ausserordentlich schwierig. Alltäglich werden syphilitische Affectionen dieser Theile verkannt, unschuldige für verdächtig erklärt; die Hyperämieen, die den Exanthemen der Haut und dem Croup vorangehen, unterscheiden sich oft nicht wesentlich von rein örtlichen Erkrankungen, die gutartige Parotitis lässt sich von der bösartigen anfangs kaum unterscheiden und in manchen Fällen ist nur der Verlauf und endliche Ausgang, die Leichtigkeit oder Schwierigkeit, mit der die Erkrankung heilt, entscheidend für die Causaldiagnose. Dieses Verhalten muss zur grösstmöglichsten Vorsicht und Umsicht in der Beurtheilung dieser Affectionen auffordern.

Viele dieser Affectionen sind von geringer Bedeutung, gehen selbst ohne Behandlung vorüber, ohne Einfluss auf die übrigen Organe und auf die künftige Gesundheit zu zeigen.

Die Bedeutung, welche die Affectionen dieser Provinz gewinnen können, beruht:

auf Störung und Behinderung wichtiger Functionen;

auf der Gefahr des Verlusts einzelner Theile;

auf dem Einfluss der Affection auf andre Organe, sei es durch Ausbreitung auf diese, sei es auf andern Wegen;

auf dem Werthe dieser Affectionen als Kennzeichen constitutioneller Erkrankung oder einer Störung der Nervencentra;

auf dem Einfluss auf die Gesammtconstitution.

Sehr viele der anomalen Vorgänge und Zustände in dem Antliz, der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle stören so wenig die functionelle Aufgabe der Theile selbst oder das Gesammtbefinden und sind so sehr ohne alle nachtheiligen Folgen für den Augenblik und für die Zukunft, dass man sie im gemeinen Leben kaum werth hält, als Krankheiten zu gelten; sie würden sich der Beachtung ganz entziehen, wenn nicht eben so zugängliche Theile ihr Siz wären. Sicherlich kommen in innern Organen ganz ähnliche Störungen oft genug vor, ohne dass das Individuum oder der Arzt ihr Vorhandensein auch nur zu ahnen vermöchte. Nichtsdestoweniger können jene bedeutungslosen Vorgänge eine Reihenfolge verschiedner pathologischer Processe darbieten, die, so gleichgiltig sie dem Afficirten sind, doch eben durch ihre Zugänglichkeit und Verfolgbarkeit besonderes pathologisches Interesse haben. Auch hängt ihre Bedeutung für das Individuum sehr häufig nur von Zufälligkeiten ab: gleichartige Affectionen können bald vollständig bedeutungslos sein, wenn sie beschränkt, bald sehr wichtig und einflussreich werden, wenn sie ausgedehnt sind; die Empfindlichkeit des Individuums, die Anforder[illegible] an seine Functionen und deren Exactheit ändern die Bedeutung der Stö[illegible]

Grade. So ist eine kleine Infiltration an der Zunge, ein abnorm gestellter Zahn für den Redner eine wichtige Sache, während ein Andrer davon gar nicht Notiz nimmt; eine chronische Mandelvergrösserung kann die Reinheit der Töne ändern und vereiteln und für den Sänger eine wichtige Krankheit sein, während sie beim Schlingen und gewöhnlichen Sprechen keine Beschwerde macht.

Die Functionen, deren Störung durch die Erkrankungen der Antlizprovinz herbeigeführt werden kann, sind die Einführung von Luft und von Speisen und Getränken, das Kauen und Schlingen, die Tonbildung und die Articulation. Die Störung dieser Functionen wird durch acute Erkrankung derselben Organe sicherer und in höherem Maasse herbeigeführt, als durch gleichgradige und chronisch entwikelte Affectionen.

Die Gefahr des Verlustes von Theilen findet nur bei gewissen bösartigen Formen der Erkrankung, wie sie entweder durch Infection oder durch constitutionelle Verhältnisse bedingt werden, oder aber bei grober Vernachlässigung statt.

Die Affectionen der Antlizprovinz haben in vielen Fällen weniger an sich, als vielmehr dadurch einen Werth, dass sie das Kennzeichen constitutioneller Erkrankung oder einer Störung der Nervencentra sind und zwar nicht bloss Störungen vereinzelter Verhältnisse, wie Farbe, Temperatur, Secretion, Bewegungen, sondern auch complicirter Vorgänge, welche bei gewissen Formen der Constitutionserkrankung mehr oder weniger characteristische Ausdehnung und Gestalt zu zeigen pflegen (Masern, Scharlach, Syphilis, Queksilberintoxication, Bleiintoxication, Scropheln).

Der Einfluss der Erkrankungen der Antlizprovinz auf die Constitution ist, wenn man von den sie oft und in heftigem Grade begleitenden Fieberbewegungen absieht, im Allgemeinen gering; auch das Fieber, so heftig es oft auftritt, pflegt meist zeitig und rasch wieder nachzulassen und nur von einer kurzen Reconvalescenz gefolgt zu sein. So häufig auch bei gutartigen Affectionen das Fieber hohe Grade erreicht, so bringen dieselben doch unter irgend günstigen Umständen stets keine Gefahr; bei Erkrankungen dagegen von bösartigem Character (reichliche Exsudationen, rasch sich ausbreitende Verschwärungen, Verjauchungen des Zellgewebes, Brand), sowie bei manchen Infectionen zeigt der Character des Fiebers bald eine Hinneigung zur Prostration und ist ein Untergang durch die Verhältnisse der Gesammtconstitution fast noch eher zu erwarten als durch die localen Zerstörungen. — Chronische Constitutionserkrankungen sind nur ausnahmsweise die Folge localer Affectionen der Antlizprovinz.

VI. Allgemeine Therapie der Affectionen der Antlizprovinz.

Bei der Mannigfaltigkeit der hieher gehörigen Erkrankungsformen können in Beziehung auf deren Cur nur gewisse, den besondern Verhältnissen der Theile entsprechende und für alle oder mehrere dieser Affectionen geltende Eigenthümlichkeiten im Verfahren und in der Weise der Anwendung der Mittel hier berüksichtigt werden.

A. Wie auch an andern Organen geben an diesen Theilen die Affectionen mittleren Grades und mässiger Acuität eine durchaus gute Prognose: sie heilen von selbst, ja troz der Cur, wenn nicht gar zu verkehrt bei ihnen verfahren wird. Eine entschiedene Therapie ist gegen sie unnöthig und man thut wohl, sich darauf zu beschränken, die Symptome etwas zu erleichtern, die Hindernisse der Spontanheilung zu beseitigen. Bei den höchst acuten und heftigen Fällen ist eine kräftige energische Therapie durchaus indicirt, wiewohl häufig vergeblich. Die chronischen Formen heilen wohl oft von selbst, aber viele von ihnen nicht sicher, nicht vollständig oder zu langsam; und es ist rathsam, oft sogar unerlässlich, gegen sie ein mehr oder weniger entschiedenes Verfahren einzuleiten, um sie nicht zu unheilbaren Graden gedeihen zu lassen.

B. Die causale Indication ist in vielen Fällen von Affectionen des Antlizes, der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle allein genügend, in

leichten Fällen sogar oft überflüssig, in schweren meist unzureichend. Sobald sie schnell und sicher erfüllt werden kann, hat sie allen andern Indicationen voranzugehen; wo sie ungewissen Erfolg gibt oder ihr nur unvollkommen genügt werden kann, ist sie zumal in hartnäkigen Fällen, wenigstens neben dem übrigen Curverfahren nicht zu versäumen.

Die causale Indication ist ebenso wesentlich in den Fällen, welche eine topische Ursache haben, wie in jenen, welche aus allgemeineren Verhältnissen entsprungen sind. Dabei ist nicht zu übersehen, dass, mag die Erkrankung ursprünglich von was irgend einer Ursache veranlasst sein, zahlreiche Verhältnisse, die in dem Regime, in den Schlingbewegungen, in der Qualität, Consistenz, Temperatur der Ingesta, in der Temperatur der eingeathmeten Luft, in ihren zufälligen Beimischungen, in den Bewegungen des Stimmorgans, in Erkältungen der Hals- und Wangengegend u. s. w. liegen können, im Stande sind, die Krankheit zu unterhalten, dauernd zu machen, zu steigern. Alle Therapie ist in hartnäkigen Fällen vergeblich, wenn auf diese, obwohl sonst gewohnten und unschädlichen Verhältnisse, die aber für kranke Theile höchst empfindlich werden können, nicht die entsprechende Rüksicht genommen wird.

C. Topische Applicationen und örtlich wirkende Mittel zur Behandlung der Affectionen der Antlizprovinz.

Bei der Zugänglichkeit der erkrankten Stellen ist ein topisches Verfahren oft von grösstem Erfolge und bei der Mehrzahl dieser Affectionen anwendbar, bei vielen unerlässlich. Es ist dasselbe nicht zu versäumen:

bei allen aus örtlichen Ursachen entstandenen und dabei eine Behandlung verlangenden Affectionen;

bei den ohne bekannte örtliche Ursache sich entwikelnden Störungen, so lange das Allgemeinbefinden, entfernte Organe oder der Gesammtorganismus noch nicht participiren;

in allen Fällen, in welchen durch den Krankheitsprocess selbst (seine Producte, sein Fortschreiten, seine Schmerzhaftigkeit, die durch denselben bedingte Hemmung von Functionen, seine Heftigkeit) örtlich oder für den Gesammtkörper Gefahren und erhebliche Beschwerden begründet werden;

in allen lentescirend verlaufenden, hartnäkigen, den causalen Indicationen und den allgemein wirkenden Mitteln widerstehenden Affectionen.

Sehr oft dient die Anwendung topischer Mittel zur wesentlichen Unterstüzung, selbst in Fällen, wo die Hauptcur eine causale oder constitutionelle sein muss. — Dagegen sind topische Applicationen unter Umständen schwierig anzuwenden, zumal bei kleinen Kindern, und die Aufregung, die ihre Application hervorruft, steht zuweilen in keinem Verhältniss zu dem untergeordneten und zweifelhaften Nuzen, den sie bringen; auch ist die Gefahr, andre gesunde Theile mit der Application zu treffen und besonders bei Anwendung stärkerer Substanzen zu lädiren, nicht immer ganz gering; vornehmlich aber ist in solchen Fällen von dem zu zeitigen Gebrauch der Localmittel abzurathen, wo die Affection noch in der ersten Entwiklung begriffen, dabei zweifelhaft und vieldeutig ist und durch Störung des örtlichen Verlaufs die Schwierigkeit der Beurtheilung wachsen kann. Es bleibt hier nichts übrig, als im Einzelfall zu überlegen, ob eine zeitige Unterdrükung oder Modification des örtlichen Processes oder aber eine Entwiklung desselben zu klareren Formen das Wünschenswerthere ist, um nicht bloss für den Augenblik, sondern für die Dauer auf Herstellung der Gesundheit zu wirken. Auch in den Fällen, in welchen man ein constitutionelles Verfahren eingeschlagen hat, kann es oft räthlich sein, topische Anwendungen zu vermeiden, um den Maassstab für die Wirksamkeit der Allgemeincur nicht zu verlieren. — Endlich werden gewisse Zufälle in manchen Fällen nicht ohne Nachtheil unterdrükt und man hat daher zuweilen dem topischen Verfahren zu entsagen: so bei gewissen Hauteruptionen, zuweilen beim Nasenbluten und dem Nasencatarrh, manchmal bei der Salivation etc.

Die topischen Mittel, welche bei den Erkrankungen des Antlizes, der

Nasen-, Mund- und Rachenhöhle angewandt werden, unterscheiden sich nicht von denjenigen, welche bei den Affectionen andrer Theile eine örtliche Anwendung finden. Von der specifischen Wirkung einzelner Substanzen auf diese Theile wird zu Curzweken selten Gebrauch gemacht.

Das Quekailber, das eine so entschieden specifische Wirkung auf die Organe der Mund- und Rachenhöhle hat, wird niemals benuzt, um medicamentös mittelst innerer Incorporation auf die Erkrankungen dieser Theile zu wirken. Eher ist das beim Jod der Fall. Vom Gold glaubte Kopp eine specifische Wirkung auf die Organe der Nase und des Gaumens und einen günstigen Erfolg auf die Erkrankungen dieser Theile, zumal die chronischen Intumescenzen derselben, bemerkt zu haben (Denkwürd. in d. ärztl. Praxis. III. 351).

Die Methoden topischer Application, welche bei der Antlizprovinz und ihren benachbarten Höhlen zur practischen Anwendung kommen, sind:

mechanische Entfernung von Secreten, Exsudaten etc.;

dekende und verhüllende Mittel, um die Theile vor der Luft und andern Nachtheilen zu schüzen;

Druk, jedoch nur von beschränktem Gebrauch;

örtliche Blutentziehungen;

Kälte;

Cataplasmen und trokne Wärme, Dämpfe, Mund- und Gurgelwasser;

Aufstreuen von Pulvern und Bepinseln mit Flüssigkeiten, oder Application fester Ingredienzen;

Einreibungen;

endlich eine Anzahl mechanischer Hilfen und Operationen, welche hier nicht näher zu erörtern sind.

Einige dieser Applicationsmethoden bedürfen einer Erörterung, die sich auf die speciellen Verhältnisse der kranken Theile bezieht.

Die örtlichen Blutentziehungen sind in der Antlizprovinz seltner indicirt als in den meisten andern Gegenden des Körpers. Sie eignen sich hauptsächlich für heftige, nicht diffuse, sondern parenchymatös concentrirte, für beschwerliche und einen unerwünschten Ausgang befürchten lassende Hyperämieen. Sie sind nicht ganz ohne schädliche Seite; denn oft mässigen sie zwar die Acuität der Affection, erleichtern wesentlich, verzögern aber den Verlauf, indem sie den Uebergang in Eiterung, den sie doch nicht immer aufzuhalten vermögen, unvollständiger machen und erlangsamen. Es ist sicherer, die Blutentziehung energisch zu machen, indem dadurch eher eine Unterdrükung des Processes gehofft werden kann, als wenn sie nur mässig vorgenommen wird, in welchem Fall sie zwar meist auch palliative Erleichterung bringt, meist aber den ganzen Process verlängert. Die örtlichen Blutentziehungen haben am meisten Erfolg, wenn sie unmittelbar an der kranken Stelle (Ansezen von Blutegeln an das entzündete Zahnfleisch, die geschwollenen Parotiden, Scarificationen der hyperämischen Zunge, der Tonsillen) vorgenommen werden. In der Nachbarschaft der Hyperämie applicirt (z. B. bei Tonsillar- und Zungenaffection am Halse) sind sie fast immer wirkungslos.

Cataplasmen von gleichförmiger Wärme dienen zur Ablösung von Krusten der Haut, zur Zertheilung von Geschwülsten an der Parotis und an den Mandeln, zur Mässigung des Schmerzes und zur Beschleunigung der Eiterung. Sie werden meist aus den gewöhnlichen erweichenden Stoffen bereitet, bei hartnäkigen, chronischen Affectionen, welche nicht schmelzen wollen, mit Senfmehl, Wein, aromatischen Stoffen u. dergl. geschärft. Ferner müssen geschärfte Cataplasmen auch bei jenen bösartigen Affectionen, vorzüglich der Speicheldrüsen angewandt werden, bei welchen man eine rasche Mortification der Gewebe oder ein gefährliches Verschwinden einer vorhandenen Anschwellung zu fürchten hat. Als Analogon der Cataplasmen bedient man sich bei Affection der Mundhöhle weicher Früchte (Feigen, Pflaumen), halbgekauter Stoffe, welche man in dauernde Berührung mit der Stelle bringt. — Die trokene Wärme, zu deren Application man erwärmter, mit Kleie, Chamillen, *Hollunder*, aromatischen Labiatenkräutern, Camphor oder dergl. gefüllter Kisschen

sich bedient (je nach der Forderung einer schwächeren oder stärkeren Reizung), schliesst sich den Cataplasmen an und wird hauptsächlich da benüzt, wo man nicht Schmelzung, sondern Resorption erzielen will, vorzüglich in Fällen, wo Infiltratreste nicht weichen wollen. Die trokene Wärme eignet sich jedoch nur für oberflächliche, der Cutis nahe gelegene Affectionen.

Dämpfe ersezen Cataplasmen theils in Fällen, wo leztere nicht auf die kranke Stelle angewandt werden können (Affectionen der Nasenhöhle, der in der Mund- und Rachenhöhle selbst gelegenen Theile), theils als Dampfdouche in Fällen, wo noch energischer gewirkt werden soll. Man bedient sich zu den Dämpfen bald des einfachen Wassers, bald einer Zumischung eines aromatischen (Hollunder z. B.) oder narcotischen Stoffes zu demselben.

Die Mund- und Gurgelwasser haben bei den Affectionen der in der Mund- und Rachenhöhle gelegenen Theile eine ausgebreitete und nüzliche Anwendung, sobald eine genaue Beschränkung der applicirten Mittel auf eine Stelle der Höhle nicht von Wichtigkeit ist. Es dürfen ebendarum zu den Mund- und Gurgelwassern keine zu starken Ingredienzen und keine solchen gewählt werden, welche den übrigen gesunden Theilen schädlich werden könnten, wie z. B. die Säuren den Zähnen. Die Mund- und Gurgelwasser sollen theils der Indication, die Theile zu reinigen, Exsudate zu entfernen, entsprechen, theils auf die Gewebe selbst eine erschlaffende, reizende, zusammenziehende Wirkung ausüben. Zu dem Ende bestehen sie entweder nur aus reinem kaltem oder lauem Wasser, oder befinden sich in ihm milde schleimige Substanzen, oder sind in ihm mehr oder weniger reizende Stoffe aufgelöst, besonders aromatische Kräuter, Honig, Weingeist, scharfe Pflanzenstoffe (Myrrhentinctur, Pimpinellessenz u. dergl.), Borax, oder bestehen sie aus adstringirenden Stoffen, zu welchen man meist das Salviendecoct, Quercusdecoct, Ratanhiapräparate, Alaun vorzugsweise zu wählen pflegt. — Die Mundwasser werden einige Zeit im Munde gehalten und hin und her bewegt, und können ihre Wirkung nur auf die vordern Theile ausüben. Um Stoffe mit den hintern Rachentheilen in Berührung zu bringen, bedient man sich gemeiniglich des Mechanismus des Gurgelns. Diese Procedur ist aber in vielen Fällen nicht auszuführen oder sogar schädlich: sie ist unmöglich bei Kindern und ungeschikten Leuten, sie gelingt meist bei adstringirenden Stoffen nicht, welche der Kranke nur schwierig bis in die hintern Rachenpartieen gelangen lassen kann, sie ist endlich bei gereizten Theilen geradezu schädlich und hebt durch die Anstrengung der Theile, welche sie nöthig macht, den Nuzen wieder auf, den die Berührung des Theils mit dem milden Fluidum hätte haben können. In allen diesen Fällen hat man Einsprizungen der anzuwendenden Flüssigkeit oder Bepinselung der hintern Rachentheile mit derselben an die Stelle des Gurgelns zu sezen, oder kann man auch, wenn man nur milde Flüssigkeit anwenden will, dieselbe einfach im Munde zergehen (Boraxlinctus bei Kindern) oder sie langsam schluken lassen (schleimige Mittel, warmes Wasser, natürliche Thermalwasser bei Affectionen der Tonsillen und der Gaumensegel).

In Fällen, bei welchen es darauf ankommt, kräftige Agentien genau auf eine beschränkte Stelle zu appliciren, hat diess durch die Bepinselung, durch das Aufstreuen von Pulvern oder durch die Berührung der Stelle mit dem Mittel in fester Form zu geschehen.

Mittelst Bepinselung trägt man reizende Tincturen, ätherische Oele, starke Säuren, äzende Salzlösungen (Sublimat, Höllensteinsolution, salpetersaures Quecksilber und dergl.), adstringirende Flüssigkeiten auf die kranke Stelle auf, zum Zweke verstärkter Secretion, der Entfernung von Exsudaten, der Zusammenziehung der Theile, der Ertödtung kranker Stellen oder schmerzhafter blossliegender Nervenendigungen (in den Zähnen), und lässt sofort meistens den Mund oder Rachen mit Wasser oder einem andern milden Fluidum ausspülen und reinigen.

Zu Pulverform werden vorzüglich adstringirende Stoffe: Alaun, zuweilen aber auch Calomel und Zuker angewandt und vornehmlich für die hintern Rachentheile (auf Exsudatflächen, Geschwüren) benüzt.

Mit festen Stüken berührt man Theile der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, theils um eine zusammenziehende Wirkung herbeizuführen (Eisenvitriol, Alaun), theils um eine oberflächliche oder tiefere Ertödtung des Gewebs zu erzielen (Cauterisation mit dem Höllenstein, mit dem glühenden Eisen).

Einreibungen haben an den betreffenden Theilen den Zwek der lösenden, reizenden, schmerzstillenden Wirkung. In ersterer Absicht werden vornehmlich Quek-silber- und Jodeinreibungen vorgenommen, jedoch nicht leicht an einer anderen Stelle (die Zunge etwa ausgenommen) als auf der äusseren Haut, wenn auch oft mit der Hoffnung, damit eine Wirkung auf tiefer gelegene Stellen, namentlich die Mandeln auszuüben. Doch ist in lezterer Hinsicht ihre Wirksamkeit sehr problematisch.

— Dessgleichen finden reizende Einreibungen zur künstlichen Steigerung lentescirender Processe vorzüglich auf die äussere Haut der Wange, des obern Halses statt, zuweilen jedoch auch in das Zahnfleisch (zur Beschleunigung eines Abscesses). Man bedient sich dazu der Ammoniakpräparate, des Camphors, der thierischen Acria (Canthariden). Auf das Zahnfleisch werden zuweilen auch zur Herstellung eines genügenden Tonus desselben tonische und adstringirende Pulver eingerieben (China, Salvia etc.). — Die schmerzstillende Wirkung wird hauptsächlich durch Opiatsalben erzielt, die theils in die Haut der Wangen, theils in das Zahnfleisch, die Zunge eingerieben werden.

Ueberdem erfordern die Affectionen der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle eine grosse Anzahl mechanischer Hilfen und Operationen, deren nähere Betrachtung in den chirurgischen Werken zu suchen ist.

D. Die Anwendung allgemein oder auf entfernte Theile wirkender Mittel zur Behandlung von Affectionen der Antlizprovinz.

Die Indicationen zur Anwendung solcher Mittel sind:

1) Eine indirecte Wirkung auf die kranken Stellen der Antlizprovinz herbeizuführen:

entweder dadurch, dass andere Stellen des Körpers künstlich in transitorische Affectionen versezt werden (ableitende Methode),

oder dadurch, dass durch gewisse, künstlich hervorgerufene Bewegungen mechanisch auf die afficirten Theile der Antlizprovinz eine Einwirkung geschieht.

2) Die primären, die Erkrankung der Antlizprovinz begründenden oder sie unterhaltenden Constitutionsstörungen zu beseitigen oder zu mindern;

3) den consecutiven Constitutionsstörungen entgegenzutreten;

4) localen, consecutiven Zufällen zu begegnen.

Die Anwendung allgemeiner Mittel und solcher, welche auf entfernte Theile wirken, geschieht ziemlich nach denselben Grundsäzen, wie bei Erkrankungen anderer Organe. Die ableitende Methode namentlich hat hauptsächlich nur bei leichteren Affectionen oder bei solchen, welche sich in die Länge ziehen, einen Nuzen. Sie ist häufig nur im Stande, einzelne lästigere Beschwerden, z. B. die Schmerzen zu beseitigen, während der übrige Gang des Processes sich selbst überlassen bleibt. — Mechanisch kann vornehmlich durch Hervorrufung von Erbrechen auf die Organe der Antlizprovinz zuweilen gewirkt werden, indem dadurch theils Abscesse z. B. in den Tonsillen gesprengt, theils eine abnorme Spannung der Theile erschlafft wird. — Die gegen primäre Constitutionsstörungen gerichteten Mittel sind von dem grössten Werthe, wenn eine chronische Constitutionserkrankung der örtlichen Affection zu Grunde liegt, oder sie complicirt (z. B. Syphilis, Scropheln, Scorbut). Selbst in solchen Fällen, wo die constitutionelle Entstehung der Localerkrankung nicht evident ist, gelingt zuweilen erst nach vorsichtigen Versuchen, auf die Constitution zu wirken, die Heilung der localen Störung. — Da nur ausnahmsweise von den Affectionen der Antlizprovinz erhebliche und hartnäkigere allgemeine Erkrankungen ausgehen, so tritt die Indication auf consecutive Constitutionsstörungen nur selten und ausnahmsweise ein. Doch kann bei heftigem Fieber, bei der Anämie, wie sie durch anhaltende Blutungen und bei dem Collapsus, welcher durch sehr copiöse Hämorrhagieen herbeigeführt wird, sowie in einzelnen anderen Fällen die Indication, auf die consecutiven Constitutionsstörungen zu wirken, die überwiegende werden. — Die Beseitigung localer consecutiver Zufälle hat ebenfalls nur eine exceptionelle Anwendung.

Die Hilfsmittel, durch welche auf die Gesammtconstitution oder auf entfernte Stellen bei der Kur von Erkrankungen der Antlizprovinz gewirkt werden kann, sind der Hauptsache nach folgende:

Allgemeine Blutentziehungen werden nur selten bei den Affectionen der Antlizprovinz nöthig und können selbst bei heftigem Fieber meist umgangen werden. Nur die entschiedenste, aus den Gesammtverhältnissen der Constitution des Kranken abgeleitete Indication kann eine Aderlässe bei diesen Erkrankungen rechtfertigen. Am ehesten ist dieselbe noch bei der acuten Anschwellung der Zunge und der Mandeln vorzunehmen.

Laxantien sind erfahrungsmässig bei fast allen acuten und vielen chronischen

Erkrankungen der Organe der Antlizprovinz von grossem Vortheil. Sie scheinen, frühe gebraucht, oft den Process abschneiden. später wenigstens ihn ermässigen zu können; sie sind bei chronischen Fällen vielleicht die besten Ableitungsmittel. Wo also nicht eine besondere Contraindication ihre Anwendung verbietet, sind sie meist zu benüzen und unter Umständen öfters zu wiederholen. Die Wahl unter den verschiedenen laxirenden Mitteln scheint ziemlich gleichgiltig zu sein.

Die Anwendung der Emetica hat, sofern sie nicht wegen complicirender Affectionen indicirt ist, entweder den Zwek, bei frühzeitigem Gebrauch den Process abzuschneiden oder zu mässigen, wofür jedoch ihr Nuzen sehr problematisch ist, oder den, mittelst der Erschütterung einen nicht zugänglichen Abscess zur Eröffnung zu bringen. Diese Mittel haben bei der stets vorhandenen Gehirnhyperämie die üble Nebenwirkung, diese wenigstens vorübergehend zu steigern und die Beschwerden im Kopfe zu vermehren. Sie sind darum nicht ohne dringende Noth in Anwendung zu bringen.

Der Gebrauch der Diaphoretica ist bei acuten und mässigen Affectionen des Antlizes, der Mund- und Rachenhöhle (Anginen, Parotisentzündungen) sehr banal, ohne Zweifel aber von sehr untergeordnetem Werthe.

Beschränkte Hautreize haben hauptsächlich nur den Nuzen der Schmerzverminderung und finden darum bei den zu schmerzhaften Affectionen des Zahnapparates eine sehr ausgedehnte Anwendung auf die Wange, unter den Kiefer (Senfmehl, Meerrettigteig, Canthаridensalbe hinter die Ohren, langsam oder schnell wirkende Vesicatorpflaster, Lorbeeröleinreibungen ebendahin). Bei langdauernden Affectionen oder hartnäkiger Neigung zu Recidiven, versucht man häufig die bleibenderen Gegenreize, besonders Fontanelle am Arm, deren Nuzen jedoch problematisch ist.

Die Allgemeinwirkung der resorptionsbefördernden Mittel, der innerliche Gebrauch des Jods, Leberthrans. die Anwendung der Salzbäder, Seebäder u. dergl. wird vornehmlich in solchen Fällen zwekmässig benüzt, wo indurirte Exsudationen in den Organen der Mund- und Nasenhöhle sich befinden, zuweilen auch mit gutem Erfolg bei hartnäkigen Geschwüren dieser Theile.

Die Anwendung allgemein beruhigender, kühlender, narcotischer, tonischer, analeptischer, reizender Mittel wird nur durch die besondern Verhältnisse der Constitution, seien sie durch die örtliche Erkrankung herbeigeführt oder bestehen sie unabhängig neben dieser, jedoch die Heilung derselben erschwerend, gerechtfertigt.

Hiezu kommen noch die verschiedenen Mittel gegen specifische Constitutionskrankheiten und die zur Beseitigung und Ermässigung consecutiver Localstörungen.

SPECIELLE BETRACHTUNG.

I. DIE AFFECTIONEN DER NERVEN DER ANTLIZPROVINZ.

A. AFFECTIONEN DES OLFACTORIUS.

Isolirte Affectionen des Olfactorius sind nicht mit Sicherheit nachgewiesen und in den wenigen Fällen, in welchen dieser Nerv die einzigen Symptome gab, war die Beobachtung entweder incomplet oder liess sie mehrfache Deutungen zu.

Ueber die vom Olfactorius abhängigen krankhaften Erscheinungen s. oben allgemeine Betrachtung pag. 622. — H. Cloquet (1819 in dem Artikel Olfaction des Dict. des scienc. méd. XXXVII und 1821 in seiner Monographie: Osphrésiologie éd. 2. p. 748) lieferte eine Zusammenstellung des früher Bekannten über die Affectionen des Olfactorius. Vgl. auch Romberg (Lehrb. der Nervenkrankheiten I).

B. AFFECTIONEN DES OPTICUS, OCULOMOTORIUS, TROCHLEARIS, ABDUCENS UND ACUSTICUS.

Die Affectionen dieser Nerven müssen hier übergangen werden, da sie ausschliesslich dem Seh- und Gehörorgane angehören, deren Betrachtung ausserhalb des Planes liegt.

C. AFFECTIONEN DES QUINTUS.

Der Quintus, dessen grosse Wurzel sensibel, dessen kleine motorisch ist, kann bei Erkrankungen ebensowohl Störungen der Empfindung, als solche der Bewegung kundgeben und zwar in den speciellen Formen der Neuralgie, Anästhesie, des Krampfes und der motorischen Lähmung. Das sensible Gebiet des Quintus und daher auch das Gebiet seiner sensoriellen Störungen erstrekt sich über die ganze Haut des Antlizes, des vordern Theils des behaarten Kopfes und eines Theils des äussern Ohrs, über die Schleimhaut des Auges, der Nasen-, Mund- und der dazu gehörigen Nebenhöhlen, über die Mandeln und Kopfspeicheldrüsen, über die sämmtlichen Zähne. Das motorische Gebiet erstrekt sich über die Kaumuskel, den Buccinatorius, Digastricus und Mylohyoideus.

1. Neuralgie des Quintus (Prosopalgie, Tic douloureux, Gesichtsschmerz).

Die Neuralgie des Quintus war schon in den ältesten Zeiten der Medicin bekannt, wurde jedoch erst im 18. Jahrhundert von anderen schmerzhaften Kopfaffectionen genauer unterschieden: André (observations pratiques sur les maladies de l'urethère et sur plusieurs faits convulsifs 1756) und Fothergill (of a painful affection of the face, übersezt in Sammlungen auserlesener Abhandlungen III, 52), nach welch Lezterem, obwohl er die Krankheit sehr unvollkommen beschrieben hatte und irrige Hypothesen über ihre Natur vorbrachte, dieselbe häufig benannt wurde (Fothergill'scher Gesichtsschmerz). Zahlreiche Arbeiten folgten in der nächsten Zeit, von denen besonders hervorzuheben sind: Pujol (essay sur la maladie de la face nommée le tic douloureux 1787, deutsch von Schreyer 1788), Forstmann und Leidenfrost (diss. de dolore faciei Fothergillii 1790), Reil (memorabilia clinic. 1791), Masius (in Hufeland's Journal XXV, D. 9. 1815 und in Hecker's Annalen 1826), Berlinghieri (de nervis et neuralgia faciei 1818). — Aus neuerer Zeit sind besonders die Abhandlungen von Haldey (considérations pratiques sur les neuralgies de la face 1833), Romberg (in Casper's Wochenschrift 1833 und Lehrbuch der Nervenkrankheiten), Valleix (traité des neuralgies 1841), Hunt (on the nature and treatment of tic douloureux, sciatica and other neuralgic disorders 1844) und Neucourt (Arch. gén. D. XX. 162) hervorzuheben.

I. Aetiologie.

Die Neuralgie des Quintus ist die häufigste von allen Neuralgieen und zwar wird sie überwiegend in dem Ramus maxillae superioris, nach diesem in dem Ramus ophthalmicus beobachtet, am seltensten in dem Unterkieferaste, zuweilen in einzelnen Verzweigungen. In der unendlich überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt sie nur auf einer Seite vor.

Die Dispositionen zu Neuralgieen überhaupt wiederholen sich auch bei ihr. Die speciellen Ursachen der Entstehung der Krankheit im Einzelfalle lassen sich sehr häufig nicht ermitteln. Oft scheinen sie in constitutionellen Verhältnissen zu liegen. Von peripherischen Veranlassungen sind besonders Zahnkrankheiten und Erkältungen hervorzuheben; von medianen Ursachen Entzündungen des Periosts und Krankheiten des Knochens an den Durchgangspunkten des Quintus und seiner Aeste; von centralen Ursachen vornehmlich Gemüthsbewegungen und Ueberanstrengungen des Gehirns, sowie Geschwülste in der Nähe der Ursprungsstelle des Nerven. In sympathischer Weise ist der Gesichtsschmerz zuweilen beobachtet worden bei Localkrankheiten der Extremitäten wie des Rumpfes; doch

erreicht er in solchen Fällen selten den Grad, welchen die idiopathische Neuralgie zeigt. Dagegen stehen die einzelnen Aeste des Quintus in der Weise in Sympathie, dass Erkrankungen des einen sich häufig auf die übrigen ausbreiten.

Es ist unmöglich, genaue statistische Vergleichungen über die relative Häufigkeit der Quintusneuralgie zu den übrigen Neuralgieen und der Neuralgieen der einzelnen Aeste und Zweige unter einander beizubringen. In Bezug auf leztere können sich die mannigfachsten Combinationen in ziemlich regelloser Weise bilden, in einem und demselben Krankheitsfalle die Neuralgie bald nur einzelne Zweige, bald mehrere befallen. Man beobachtet an dem Ramus maxillae superioris am häufigsten die Infraorbitalneuralgie, nach dieser die Neuralgie des Nervus alveolaris superior; unter den Neuralgieen des Ramus ophthalmicus ist die Supraorbital- und äussere Frontalneuralgie die häufigste, doch hat man auch die innere Frontalneuralgie, die Lacrymal- und Nasalneuralgie, sowie die Ciliarneuralgie beobachtet. Die Neuralgieen des dritten Astes betreffen am häufigsten die Mund- und die Kinn-, die Schläfen- und die vordere Ohrgegend; selten, aber von grosser Qual, ist die Neuralgie des Lingualzweiges.

Die Neuralgieen des Quintus kommen bei Weitem am häufigsten in dem Alter von 20—50 Jahren vor, sind aber im ersten Greisenalter noch ziemlich häufig und nur jenseits des 10ten und 70sten Jahres entschieden selten. Der Geschlechtsunterschied ist nicht wesentlich; ebensowenig lassen sich in den physiologischen Constitutionen auffallende Anlagen für die Quintusneuralgie auffinden; dagegen ist die Geneigtheit zu rheumatischen und gichtischen Beschwerden oft als Vorläufer derselben zu beobachten, und syphilitische, metallische und Malariainfection scheinen gleichfalls zu derselben zu disponiren. — In einzelnen Fällen hat man die Krankheit nach äussern Verlezungen entstehen sehen: nach Fracturen, Stichen, Contusionen, Zurükbleiben fremder Körper (Fall von Jeffreys), Ausziehen eines Zahns; in den meisten Fällen aber ist nichts der Art aufzufinden. Dagegen entwikelt sich oft aus einem ursprünglich von schlechten Zähnen ausgehenden Schmerze im Laufe der Zeit eine wirkliche Gesichtsneuralgie; ebenso sind Erkältungen besonders des Gesichts nicht selten von den Kranken als Ursache angegeben. — Beispiele von medianen Ursachen enthält die Casuistik weniger, als man erwarten sollte, wahrscheinlich schon darum, weil überhaupt die Zahl der Sectionen Prosopalgischer nicht gross ist und überdem in vielen solchen Fällen die genaue Verfolgung des Nerven und die Berüksichtigung aller Theile der Knochen, Arterien u. s. f., welche auf seinem Verlaufe ihn beeinträchtigen können, meist unvollkommen blieb; doch sind einzelne Beispiele von anatomischen Störungen im Verlaufe des Nerven (Neurome, Krebse), sowie in den benachbarten Theilen, z. B. ein Aneurysma der Carotis interna, welches auf das Ganglion Gasseri drükte in dem Falle von Romberg (Nervenkrankh. des Menschen, 2te Aufl. I. 12), einige Fälle von Knochenauftreibungen (Halford) und Fungositäten der Dura mater (Bright) bekannt geworden. — Eher sind bei Prosopalgieen Veränderungen im Gehirn aufgefunden worden, ohne Zweifel darum, weil solche mehr in die Augen fallen und weniger entgehen können; aber es bleibt immer zweifelhaft, in welchem Zusammenhang dieselben mit der Neuralgie gewesen sind. — Von sympathischen Neuralgieen findet man nicht wenige Fälle aufgeführt und man hat früher sogar eine gastrische, abdominelle Prosopalgie, eine hämorrhagische, metastatische u. s. f. angenommen; jedoch sind diese Beobachtungen meist von so unvollkommener Art, dass es nicht möglich ist, auf sie ein grosses Gewicht zu legen. Dagegen ist allerdings nicht zu bezweifeln, dass bei dem Bestehen von Neuralgieen in andern Theilen des Körpers, ja selbst von nicht schmerzhaften Hyperästhesieen zuweilen der Quintus secundär afficirt wird, und am häufigsten scheint es, dass eine solche secundäre Prosopalgie bei Affectionen der weiblichen Genitalien eintrete.

Das Eintreten von Quintusneuralgieen neben anderen Nervenstörungen bei Krankheiten der weiblichen Genitalien ist ohnediess häufig zu beobachten. Aber auch ziemlich isolirte Prosopalgieen in Folge von Krankheiten des Uterus und der Ovarien wurden beobachtet, so von Cerices (Ann. méd.-psych. A. V. 466, Fall einer Facial- und Cervico-temporalneuralgie in Folge eines Fibroids des Uterus und Heilung durch Exstirpation der Geschwulst), Mainwaring (Lancet 1847, Nr. 7, Fall einer Gesichtsneuralgie in Folge von Ulceration der Vaginalportion und Heilung nach Vernarbung der lezteren). Besonders haben Romberg und Henoch das Zusammenfallen der Quintusneuralgie mit Störungen in den Sexualfunctionen betont (Clinische Wahrnehmungen und Beobachtungen 1851, p. 3).

II. Pathologie.

Die Prosopalgie stellt einen Verlauf von mehr oder weniger zahlreichen, durch vollkommne Intermissionen unterbrochenen Schmerzparoxysmen dar.

Der einzelne Paroxysmus tritt entweder vollkommen spontan oder auf irgend eine geringfügige oder beträchtlichere Veranlassung, bald ganz plözlich, bald in allmäliger Steigerung ein und kann alle Grade des Schmerzes, von der leichtesten widerwärtigen Empfindung bis zu dem quälendsten, fast nicht zu ertragenden Schmerz zeigen, und zwar ist bei Weitem in den meisten Fällen der Schmerz von entsezlicher Heftigkeit.

Der Schmerz zeigt sich theils in den peripherischen Ausbreitungen des befallenen Astes oder Zweiges, theils nach der Richtung des Nervenverlaufes. Mit dem Schmerz sind gewöhnlich verbunden krampfhafte Verziehungen im Bereiche des Facialis, oft auch in anderen Muskeln, Störungen der Circulation und Secretion in der Peripherie des befallenen Nerven, nicht selten Mitempfindungen in Theilen, welche ursprünglich nicht afficirt sind, zuweilen psychische Störungen. Die Dauer eines solchen Anfalles ist bald äusserst kurz, so dass der Schmerz und selbst ein sehr heftiger einem electrischen Schlage gleich eintritt und vorübergeht, bald dauert er einige Secunden, Minuten und Stunden lang. Nicht selten ist ein Anfall auch aus zahlreichen einzelnen Paroxysmen verschiedener und wechselnder Intensität zusammengesezt, in welchem Falle dann der Gesammtparoxysmus mehrere Tage und Wochen andauern kann und die Heftigkeit der Schmerzen nur durch unvollkommene Remissionen unterbrochen ist.

Der Schmerz zeigt sich im Momente des Eintritts entweder in seiner ganzen Ausdehnung und Heftigkeit, oder erreicht diese erst nach einigen Secunden oder Minuten. Die Art der Schmerzempfindung ist die mannigfaltigste und wird bald als brennend oder pulsirend oder stechend, schiessend, electrisch, zerreissend bezeichnet. Der Siz des Schmerzes kann in vielen Fällen von dem Kranken nicht genau angegeben werden, in andern wird er ziemlich genau nach dem Verlaufe einzelner Aeste bezeichnet, oder sind einzelne Punkte des Antlizes die vorzugsweise schmerzhaften, oder scheint der Schmerz auch in centrifugaler Richtung auszustrahlen. Eine leichte Berührung des Theils ist meist unerträglich, ein heftiger Druk auf die schmerzhaftesten Stellen mässigt oft den Schmerz. Valleix hat eine Anzahl Punkte angegeben, welche als die vorzugsweise schmerzhaften bei der Gesichtsneuralgie sich auszeichnen (die sogenannten points douloureux), an welchen nicht nur ein ganz localer Druk den allerlebhaftesten Schmerz hervorrufe, sondern an welchen auch die spontanen, lancinirenden Schmerzen sich vornehmlich zeigen sollen. Die gewöhnlichsten Schmerzpunkte sind nach ihm: der Supraorbitalpunkt an dem Austritt des Frontalnerven oder ein wenig darüber, der Palpebralpunkt am oberen Auglid, der Nasalpunkt an der oberen und seitlichen Gegend der Nase, der Infraorbitalpunkt an der Stelle, wo der Nervus palpebralis inferior aus der Augenhöhle tritt, der Wangenpunkt, wo der obere Ast der Maxillaris superior nach der Schläfe und Wange abgeht, der Temporalpunkt, der Parietalpunkt auf dem Os parietale und einige andere, seltener vorkommende, wie der Kinn-, Alveolar-, Labial-, Gaumen-, Zungenpunkt etc. Mit dem Eintritt des Anfalls wird zuweilen das Gesicht oder die schmerzhafte Seite desselben bleich und kühl, in andern Fällen sogleich oder bald darauf roth, selbst bläulichroth und heiss, oft tritt im einen wie im andern Falle ein örtlicher Schweiss ein, zuweilen ein einseitiger Thränenfluss, Röthung des Augs, Trokenheit der entsprechenden Nasenhälfte und zuweilen entwikelt sich sogar ein Erysipel der Gesichtshälfte. Häufig sind die Muskel der befallenen Gesichtshälfte mehr oder weniger contrahirt, bald in tonischer Weise, bald in convulsivischen Verzerrungen, doch geschieht diess meist nur, wenn die Anfälle sich schon mehr oder weniger wiederholt haben oder wenn sie lange dauern. Nicht selten verbreitet

sich der Schmerz über den Hals, über die Schultern und obern Extremitäten, oder kommen Zukungen in diesen Theilen, ja sogar allgemeine Convulsionen vor. Der Kranke befindet sich auf der Höhe des Schmerzes bald im Zustande der Verzweiflung und sucht sich auf die mannigfaltigste, zum Theil extravaganteste Weise augenblikliche Hilfe zu schaffen und sogar Selbstmord ist im Momente des Anfalls beobachtet worden, bald in dem einer Art von Apathie, unbeweglich, unfähig ein Wort hervorzubringen, die leichteste Bewegung auch mit andern Theilen des Körpers zu machen. Nur selten und bei mässigen Anfällen vermag er sich bei der schmerzhaften Empfindung vollkommen zu beherrschen. — Die Respiration, der Puls zeigt keine bemerklichen Veränderungen.

Je nach dem speciellen Size der Prosopalgie bemerkt man einzelne Modificationen der Symptome, welche nicht bloss in der Stelle des Schmerzes bestehen.

Bei der Neuralgie des Ophthalmicus ist das Auge gewöhnlich starr, geröthet, entweder vorgedrängt oder zurükgezogen; nicht selten entstehen dauernde Störungen der Sehkraft.

Bei der Frontalneuralgie schliesst sich gewöhnlich das Auglid, das Auge wird roth und thränend, meist sind convulsivische Verzerrungen an der Stirn und an den Gesichtsmuskeln zu bemerken; zuweilen beobachtete man allmälige Veränderungen der Haare auf der befallenen Kopfhälfte.

Bei der Supraorbitalneuralgie ist meist der Nasenschleim vermehrt, sind die Gesichtsmuskel in Zukungen oder Verzerrungen und ist die Sprache sowie die Bewegung des Kiefers erschwert oder unmöglich.

Bei der Infraorbitalneuralgie, einer der gemeinsten, wird der Schmerz besonders häufig durch den Versuch zu sprechen, lachen, kauen hervorgerufen und verbreitet sich über das untere Auglid, die Wange, die Oberlippe.

Die Alveolarneuralgie kommt ohne Zweifel in reiner Weise viel seltner vor, als man gewöhnlich annimmt. Was man dafür hält, ist häufig eine Entzündung der Zahnpulpa oder eine noch verborgene Zerstörung des Zahnes selbst. Ein Zahnschmerz ist dann entschieden als Alveolarneuralgie anzusehen, wenn er als Theilerscheinung einer verbreiteten Neuralgie des Quintus vorkommt oder mit ihr wechselt, wobei jedoch nicht zu übersehen ist, dass auch die durch Entzündung und Zahncaries entstandenen Schmerzen sich bei wachsender Heftigkeit über weitere Abschnitte des Quintus ausdehnen können. Schwieriger ist die Beurtheilung, wenn die Neuralgie auf den Ramus alveolaris fortwährend beschränkt bleibt. Das paroxysmenweise Auftreten der Schmerzen und das schnelle Gefolgtsein von vollkommenen Intermissionen ist vornehmlich entscheidend für die neuralgische Form der Erkrankung.

Die Lingualneuralgie scheint nicht ganz selten zu sein, wurde von mir wenigstens öfter beobachtet und zeigt sich bald isolirt, bald neben und im Wechsel mit Neuralgie anderer Verzweigungen des Quintus. Der Schmerz ist immer einseitig in der Zunge und stellt sich bald als ein lästiges Juken und zwar dann meist andauernd, bald als brennender, in die Tiefe gehender, paroxysmenweise auftretender Schmerz von äusserster, unerträglichster Heftigkeit dar, zuweilen verbunden mit dem gewaltsamsten Hin- und Herwälzen der Zunge. Die willkürlichen Bewegungen des Organes sind im Momente des Schmerzes aufgehoben. Den Anfällen dieser Neuralgie folgt nicht selten eine vermehrte Speichelsecretion. Zuweilen scheinen solche Neuralgieen der Induration der Zunge voranzugehen oder deren noch wenig bemerklichen Anfang zu begleiten.

Die Neuralgie der Kinngegend wird am häufigsten durch den Versuch zu kauen hervorgerufen und macht durch die entsezlichen Schmerzen, welche sich fast bei jedem derartigen Versuche wiederholen, die Zufuhr von Speisen fast unmöglich.

Sehr oft finden sich unreine Formen der Gesichtsneuralgie. Hierher gehören die Fälle, bei welchen eine peripherische Erkrankung besteht, welche Schmerzen hervorrufen kann, wo leztere aber in keinem Verhältniss zu ersteren heftig sind. Ferner können hierzu gerechnet werden Schmerzen, die ohne bekannte anatomische Ursache, aber mit unvollständiger Begrenzung im Gesicht vorkommen und sich an die sogenannten rheumatischen und gichtischen Schmerzen anschliessen. In der That ist es in solchen Fällen oft nicht nur unmöglich, sondern selbst überflüssig, die Natur der Schmerzen zu entscheiden.

Der Verlauf der Gesammtkrankheit ist ohne alle Regel. Die Wiederkehr der Schmerzen kann in allen Zeitverhältnissen stattfinden. Bei häufiger Wiederholung treten im Allgemeinen unreinere Formen da-

zwischen und stellen sich Complicationen mit anfangs transitorischen, allmälig permanent werdenden peripherischen und centralen Störungen ein.

Bald bleibt es bei einem einzigen Paroxysmus, bald treten die Wiederholungen nach Jahresfrist ein, bald kommen die Anfälle schon in Perioden von wenigen Wochen oder Tagen wieder, ja selbst an einem und demselben Tage kann man zuweilen bis zu einer hundertmaligen Wiederkehr des Schmerzes unterscheiden. Selten ist in der Wiederholung irgend ein Rhythmus zu bemerken und fast nur bei der Malariaprosopalgie findet ein solcher statt. Im Allgemeinen nimmt die Heftigkeit der Anfälle mit der Dauer der Krankheit zu. Je häufiger und heftiger sich die Schmerzen wiederholen, um so mehr zeigt die Gesichtshälfte allmälig Veränderungen: sie wird häufig dauernd geröthet und Siz von chronischen Erythemen, hypertrophirt, oder aber sie magert ab, zeigt eine bleibende Verzerrung oder Erschlaffung und contrastirt so mit der entgegengesezten Hälfte des Gesichts. Zugleich stellen sich bei längerer Dauer gemeiniglich grosse Reizbarkeit des Nervensystems überhaupt und des Gemüths, häufig Schwermuth, Lebensüberdruss und maniacalische Zufälle ein, auch können sich meningitische und encephalitische Affectionen entwikeln. Andererseits kann der Kranke auch nach und nach in Blödsinn verfallen. Dessgleichen wird die Verdauung und die Ernährung im Laufe der Zeit allmälig gestört und zerrüttet und viele Kranke verfallen in den äussersten Marasmus. Dessenungeachtet beobachtet man nicht selten Fälle, in denen die Krankheit 20 Jahre und länger gedauert hat.

Der Ausgang der Prosopalgie ist in vielen Fällen vollkommene Genesung, welche sehr rasch und ohne eine eigentliche Reconvalescenzperiode eintreten kann; oft vermindern sich auch allmälig die Anfälle, werden seltener, was besonders im höhern Greisenalter geschieht.

Zuweilen sah man durch Eintreten anderer Krankheiten die Prosopalgie dauernd oder vorübergehend verschwinden. Der Tod wird nicht durch die Affection selbst, sondern durch die secundären Störungen, wie es scheint, nicht selten durch Apoplexie bedingt.

III. Therapie.

In Betreff der Behandlung gibt die Prosopalgie so unzuverlässige und unsichere Resultate, als irgend eine Neuralgie.

In frisch entstandenen Fällen können Blutentziehungen, Queksilbersalbe, Narcotica (innerlich und örtlich), Blasenpflaster zuweilen rasch die Affection beseitigen, doch sind sie häufig auch in ganz frischen Fällen ohne allen Erfolg.

Bei neu entstandener intermittirender Neuralgie des Quintus ist das Chinin von ziemlich sicherer Wirkung, wird aber bei längerer Dauer der Erkrankung von immer ungewisserem Erfolg. Auch der Arsen kann bei intermittirenden Prosopalgieen nach vergeblicher Anwendung des Chinins versucht werden.

Bei chronischer und atypischer Quintusneuralgie muss die Behandlung sich vornehmlich auf die Ursachen beziehen und sich häufig nicht bloss auf Anwendungen gegen streng nachzuweisende causale Störungen beschränken, sondern versuchsweise nach verschiedenen Seiten hin constitutionelle Einwirkungen einleiten.

So sieht man nicht selten auf eine Cur mit Eisen, mit drastischen Mitteln (Coloquinten, Jalape, Crotonöl), mit Laxirsalzen (Marienbad, Carlsbad), mit Jod, mit Soolthermen (Wiesbaden), mit Schwefelthermen, mit Dampfbädern, mit Seebädern, mit den verschiedenen gegen Gicht und Rheumatismus angewendeten Mitteln (Colchicum, Guajak u. dergl.) die Neuralgie schwinden. Aber man muss gestehen, dass in der Mehrzahl dieser Fälle die Cur nicht durch strenge Indicationen, welche auf *Zeichen* eines begleitenden Constitutionsleidens gegründet waren, eingeleitet wurde,

sondern dass meistens nur auf die Möglichkeit einer solchen Complication hin das constitutionelle Verfahren versucht wurde. — Die Anwendung wiederholter äusserer Reizmittel (Blasenpflaster, Moxen u. dergl.) ist nur ausnahmsweise von erheblichem Erfolge.

In den meisten Fällen ist für alte Prosopalgieen eine Radicalheilung unmöglich. Dagegen kann man hoffen, durch Anwendung mancher Mittel wenigstens eine Erleichterung herbeizuführen, eine Ermässigung der Anfälle und Beschränkung ihrer Zahl, obwohl auch das oft nicht gelingt. Für diesen Zwek dienen die verschiedenen bei den Neuralgieen überhaupt angegebenen Mittel und Methoden. Vornehmlich sind von Nuzen oder empfohlen: die innerliche Anwendung der Narcotica, des chlorsauren Kali, der Valeriana, des Guajak und Colchicum, in manchen Fällen des Moschus; von äusseren Mitteln Kälte, Electricität, narcotische und anästhetische Einreibungen, endermatische Einstreuung von Morphium, Atropin in Einreibungen (3 Gran auf $^1/_2$ Unze Fett, Erbsengross einzureiben) oder endermatisch ($^1/_{16}$—$^1/_8$ Gran), Höllensteinbestreichungen der schmerzhaften Stellen, Veratrinsalbe, Crotonöl und andere Reizmittel für die Haut.

2. Die nicht schmerzhafte sensible Reizung des Trigeminus.

Nicht schmerzhafte Hyperästhesieen des Quintus kommen vor:
neben der Neuralgie und in den freien Intervallen derselben;
vornehmlich als Theilerscheinung des hysterischen Symptomencomplexes und mancher psychischer Störungen;
als isolirte Erscheinung, jedoch vorzugsweise beim weiblichen Geschlecht und fast immer mit dem Verdachte hysterischer Stimmung.

Die nicht schmerzhafte Hyperästhesie des Quintus gibt sich in verschiedenen Formen kund, die entweder einzeln sich darstellen, oder gleichzeitig vereinigt sind oder unter einander wechseln:

Als übermässige Empfindlichkeit der vom Quintus versorgten Gesichtsfläche und Auskleidung der Nasen- und Mundhöhle gegen alle mechanischen, thermischen und andere Eindrüke.

Hiebei ist nicht nur jede äussere Berührung, jeder Temperaturwechsel unausstehlich, sondern wenn die Quintusausbreitung der Mundhöhle afficirt ist, so bringt jede Speise, jedes Getränk, der eigene Speichel selbst eine scharfe, beissende, brennende Empfindung hervor, welche nicht nur jeden Geschmaksgenuss und die Aufnahme der Nahrung zur Qual macht, sondern auch ausserhalb der Zeit des Essens und Trinkens auf eine höchst lästige Weise fortdauern kann. Diese Empfindlichkeit ist bald nur auf einer Hälfte des Antlizes und der Mundhöhle, bald und gewöhnlich auf beiden vorhanden. Oft sind unregelmässig ausgedehnte Fleken der Fläche allein empfindlich und zuweilen wechselt auch die Empfindlichkeit die Stelle.

Als subjective Empfindung der Hize, zuweilen der Kälte, der Spannung.

Solche Formen finden sich fast nur entweder bei exquisit hysterischen Subjecten oder bei schon vorgeschrittener Geisteszerrüttung, oder endlich neben Neuralgieen.

Als Reflexbewegung hervorrufende Reizung des Quintus, theils in der Antlizfläche mit consecutiver Zusammenziehung der Gesichtsmuskel, theils in der Mundhöhle mit entsprechenden Contractionen der Kaumuskel, theils in der Quintusverbreitung der Nasenhöhle mit Niesskrampf.

In dieser Weise sind manche vermeintliche Krämpfe im Bereich des Facialis und der Portio minor des Quintus nicht als Affectionen dieser motorischen Nerven, sondern nur als reflectirte Bewegungen in Folge der Reizung der Empfindungsfasern anzusehen. Besonders locale clonische Contractionen (Blinzeln, Grimassen etc.) sind häufig in dieser Art zu deuten. Am meisten finden sich derartige Verhältnisse bei Hysterischen und Geisteskranken, auch bei manchen Gehirnstörungen mit anatomischer Grundlage und ohne vorwiegende psychische Affection.

Eine besondere Form der Reflexbewegungen excitirenden Quintusreizung ist der Niesskrampf, der zumal bei weiblichen Individuen mit Verdacht hysterischer

Stimmung, aber auch bei Irren und anderen nervös alterirten und reizbaren Subjecten ohne alle peripherische Veränderungen in der Nasenhöhle nicht ganz selten vorkommt; so dass manchmal Tage und Wochenlang, selbst Monate hindurch das Niessen fast ohne Unterbrechung fortdauert und wirklich einen qualvollen Zustand bedingt. Anderemal finden zwar Intermissionen statt, aber der Niesskrampf kehrt in stundenlangen oder noch längeren Paroxysmen ohne alle neue Ursache oder auch durch die geringfügigsten Veranlassungen wieder. In einem Fall von Romberg wurde der Niesskrampf bei einem derartigen Kranken oft veranlasst, wenn derselbe beim Rasiren dem Naseneingang zu nahe kam. Empfindungen am Gaumengewölbe sollen bei mehreren Kranken dem Paroxysmus vorangegangen sein. (Brodie, lectures on nervous affections p. 61). Starkes Thränen, auch Nasenschleimsecretion folgt zuweilen dem Krampfe. Meist endet die Neigung zu den Anfällen nach kurzer oder langer Zeit, zuweilen erst nach Jahren von selbst. Doch will man auch tödtlichen Ausgang beobachtet haben (Albrecht in Ephem. curios. naturae Decas II. ann. 1687 obs. XII).

Die nicht schmerzhaften Hyperästhesieen des Quintus bedürfen gewöhnlich keiner speciellen Behandlung, sondern sie weichen mit der erfolgreichen Cur der allgemeinen constitutionellen oder nervösen Alteration.

Die Anwendung der Mittel gegen Anämie, Hysterie, die Behandlung der vorhandenen localen Krankheiten des Gehirns, der Genitalien, des Mastdarms, von welchen die Gesammtstörung ausgeht, dienten meist auch zur Beseitigung der Quintushyperästhesie. Wo das Uebel ganz local erscheint oder nach Herstellung der allgemeinen Störung fortdauert, können die gegen Neuralgie wirksamen Radical- und Palliativmittel versucht werden.

3. Die Anästhesie des Quintus.

Die Anästhesie des Quintus hängt in den meisten Fällen von anatomischen Erkrankungen im Nervenstamme oder im Gehirn ab. Es sind daher meist keine speciellen Ursachen für die Anästhesie aufzufinden, die nur eine Theilerscheinung eines complicirteren Zustands darstellt. Nur ausnahmsweise scheint sie von örtlichen Einwirkungen auf die Peripherie abzuhängen: von Erkältungen, Verlezungen beim Ausziehen eines Zahns, Erschütterungen u. dergl.

Die Anästhesie ist entweder auf die ganze Ausbreitung des Nerven ausgedehnt oder auf einzelne Theile desselben beschränkt, aus welchem Verhalten sich vornehmlich der Siz der Störung bestimmen lässt.

Romberg hat die aus der Verbreitung der Anästhesie abzuleitenden diagnostischen Merkmale für den Siz der Erkrankung zuerst genau und in folgender Weise formulirt:

1) Je mehr die Anästhesie auf einzelne Zweige des Quintus beschränkt ist, um so peripherischer ist der Siz der dieselbe bedingenden Störung: es lässt sich in solchen Fällen bei genauer Untersuchung zuweilen eine auf den Nerven drükende Geschwulst auffinden.

2) Wo die Anästhesie ausser einem Bezirke der Aussenfläche auch die entsprechende Höhle des Gesichts trifft, sind die Quintusfasern in einem Hauptaste, bevor sie aus einander weichen, vor oder hinter dessen Austritt aus dem Schädel beeinträchtigt.

3) Wo das ganze sensible Gebiet des Quintus des Gefühls verlustig ist, andere Nervenprovinzen aber nicht beeinträchtigt sind, ist das Ganglion Gasseri oder das ganze Gebiet eines Quintus in seiner Nähe Siz der Störung.

4) Wo neben der Anästhesie des Quintus andere in seiner Nähe gelegene Hirnnerven (Oculomotorius, Facialis, Acusticus) mit beeinträchtigt sind, liegt die Ursache an der Hirnbasis (Tumoren, Extravasate, Exsudate).

5) Wo zugleich andere Nervenbahnen der Extremitäten oder des Rumpfes mit afficirt sind, liegt der Grund innerhalb des Gehirns.

Romberg hat überdem eine Anzahl fremder und eigener Beobachtungen, welche Belege für die Richtigkeit dieser apriorischen Aufstellungen geben, mitgetheilt.

Die Anästhesie des Quintus oder einzelner seiner Partieen kann vollkommen oder unvollkommen sein. Zugleich mit der Tastempfindung werden bei vollkommener Anästhesie die specifischen Sinnesempfindungen auf der Nasen- und Mundschleimhaut der entsprechenden Körperseite zum Theil aufgehoben; Reflexbewegungen auf der befallenen Seite kommen nicht mehr zustande und mehr oder weniger bedeutende Störungen in der Blutcirculation und Exsudate vornehmlich im Auge, am Zahnfleisch, Oedem der Gesichtshaut stellen sich ein. — In manchen Fällen ist mit der Anästhesie des Quintus zugleich eine Lähmung des Unterkiefers verbunden, nicht selten, vornehmlich bei centralen Ursachen, eine Lähmung des Facialis.

Die Anästhesie des Quintus ist häufiger unvollkommen, als vollkommen, in der Weise, dass der Kranke zwar Berührungen, Stiche, Wärme und Kälte nicht oder falsch empfindet (z. B. heiss für kalt hält), dagegen einen stärkern Druk wohl wahrnimmt. Auch finden sich häufig in der empfindungslosen Provinz einzelne Punkte, welche ihre Empfindung behalten haben. — In Betreff der Aufhebung der specifischen Sinnesempfindungen in der Nasen- und Mundhöhle bei Anästhesie des Quintus bemerkt man manche Differenzen bei den einzelnen Kranken, indem die Geruchs- und Geschmaksempfindungen bald nur undeutlicher, bald aber gar nicht wahrgenommen werden. Die Aufhebung dieser Sinnesempfindungen zeigt sich bei den meisten Kranken nur in den vordern Partieen der Nase und der Zunge; auch hat man bemerkt, dass für scharfe Gerüche und für saure Geschmäke vornehmlich die Empfindungslosigkeit eintritt, während andere Gerüche und bittere Stoffe noch unterschieden werden können. — Die Aufhebung der Reflexbewegungen bezieht sich nicht selten auch auf das Blinzeln des Auges, welches wenigstens seltener eintritt, während das Auge willkürlich geschlossen und geöffnet werden kann. — Die Störungen in der Blutcirculation und die Exsudationen können mindestens zum Theil davon abhängen, dass die Stellen kleine Beeinträchtigungen nicht empfinden, zufällige Läsionen durch wiederholte, unbemerkt bleibende Reizungen verschlimmert werden und durch die verminderte Bewegung, die grössere Ruhe des Theils leichter Stokungen in der Capillarität eintreten.

Die Behandlung der Anästhesie des Trigeminus hat nichts Eigenthümliches.

4. Der Spasmus im Gebiete des Quintus (masticatorischer Gesichtskrampf).

Der Spasmus in der Pars minor des Quintus ist in den meisten Fällen nur Theilerscheinung verbreiteter Krämpfe und kommt bei verschiedenen Affectionen der Centralorgane vor. Selbst in Fällen, wo er das einzige Symptom darstellt, ist stets die Wahrscheinlichkeit einer centralen Ursache vorhanden und der locale Krampf ist gewöhnlich nur der Vorläufer verbreiteter.

Man hat zwar auch einen localen, durch Reflexerregung entstandenen masticatorischen Gesichtskrampf angenommen und eine Anzahl derartiger Fälle finden sich bei Romberg (Lehrb. der Nervenkrankh. 2. Aufl. Bd. I. pag. 37) aufgezählt. Allein auch in diesen Fällen waren die Symptome von dem motorischen Theil des Quintus nur Theilerscheinung weiterer Spasmen oder im Wechsel mit solchen. — Die Krankheiten, bei welchen die Krämpfe des Unterkiefers vorzüglich vorkommen, sind theils örtliche acute Störungen im Gehirn und solche, welche vom Rükenmark ausgehen (Tetanus), theils acute Exacerbationen und Paroxysmen chronischer Krankheiten der Centralorgane, theils endlich Störungen der Constitution von der Art der Intoxicationen und Infectionen, unter den leztern namentlich die Malariainfection, der Typhus, die Harnretention, aber auch noch manche andere, welche wenigstens zuweilen den Kinnbakenkrampf herbeiführen.

Der Spasmus der Kau- und Schläfemuskel ist entweder ein tonischer (Trismus) oder ein clonischer, wobei der Unterkiefer in anhaltender convulsivischer Bewegung sich befindet. In beiden Fällen steht der Unterkiefer entweder in gleicher Richtung mit dem Oberkiefer, oder er steht seitlich von demselben ab und wird an ihm hin- und hergeschoben. Der Krampf ist entweder von grosser Heftigkeit, so dass er durch äussere Gewalt nicht überwunden werden kann und es kann geschehen, dass dabei die Zähne oder die zwischen ihnen liegende Zunge verlezt werden; oder es ist nur eine mässige unwillkürliche Bewegung vorhanden, die durch äussere Gewalt sistirt werden kann; oder endlich der Kiefer ist innerhalb gewisser Grenzen activ oder passiv zu bewegen, aber von einem gewissen Grad an lassen sich die Kaumuskel nicht weiter erschlaffen und widerstehen einer weitern Oeffnung des Mundes.

Unter den einzelnen Formen, in welchen sich der Krampf der Kaumuskel darstellt, ist immer der Trismus die schwerste und am meisten von schlimmer Bedeutung; er ist um so gefährlicher, je vollkommener der Mund sich dabei schliesst. Der convulsivische Krampf ist viel häufiger eine transitorische Erscheinung und vornehmlich wenn er im Verlaufe fieberhafter Krankheiten, z. B. des Typhus, auftritt, bei welchem er zuweilen mehrere Tage ununterbrochen fortdauert, verschlimmert er nicht wesentlich die Prognose. Das Zähneknirschen, die Seitwärtsbewegungen des Kiefers und die durch Contraction der Kaumuskel verhinderte Fähigkeit, den Mund vollkommen zu öffnen, sind Erscheinungen, deren Bedeutung mehr von den sonstigen Symptomen und Störungen, mit welchen sie auftreten, abhängt.

Der Krampf der Kaumuskel verlangt meist keine specifische Behandlung, ausser insofern es nöthig werden kann, behufs der Zuführung von Nahrungsmitteln ihn zu überwinden. Lezteres kann durch methodische Versuche passiver Bewegung, durch warme Ueberschläge, narcotische Fomente und Einreibungen, Chloroform geschehen; im Uebrigen hat nur die Behandlung der zu Grund liegenden Störung einzutreten.

5. Die motorische Paralyse des Quintus.

Die masticatorische Lähmung besteht ziemlich selten für sich, um so häufiger dagegen neben Lähmungen anderer Theile und ist vornehmlich in der Agonie auffallend. Wo sie allein vorkommt, sind Knochengeschwülste, andere Tumoren und destructive Processe ihre Ursachen und ist die Lähmung auf eine Seite des Gesichts beschränkt. Beim Kauen bemerkt man in Fällen von motorischer einseitiger Quintuslähmung, dass die Muskel der einen Seite schlaff und unthätig bleiben und der Kranke mit der Zunge den Bissen nach der andern zu bringen weiss. Bei doppelseitiger Lähmung fällt der Unterkiefer paralytisch nach abwärts. — Neben der motorischen Lähmung pflegt Anästhesie des ganzen Quintus oder doch des dritten Astes desselben zu bestehen. — Die Therapie hat nichts Eigenthümliches.

D. AFFECTIONEN DES FACIALIS.

Der Facialis, an seinem centralen Ursprunge ausschliesslich motorische Fasern enthaltend, erhält in seinem weitern Verlaufe sensible Fäden vom Quintus und Vagus beigemischt, jedoch nur in sehr sparsamer Menge.

Seine Affectionen beziehen sich daher hauptsächlich auf Bewegungsphänomene. Sämmtliche Antlizmuskel mit Ausnahme der Kaumuskel stehen unter seinem Einfluss. Auch ist die Bewegung des Velum palatinum durch den N. petrosus superficialis major von demselben abhängig. Dessgleichen hat der Facialis auf Geruch und Geschmak einen entschiedenen Einfluss, der noch nicht vollständig in seinen Gründen aufgehellt ist. Die Geruchsempfindungen scheinen dadurch von ihm abhängig zu sein, dass unter seinem Einfluss das Einziehen der Luft durch die Nase geschieht und wo er aufhört zu wirken, das Einziehen der die Riechstoffe enthaltenden Luft in die Nase aufhört. Was den Geschmaksinn anbelangt, so ist die Beziehung des Facialis noch dunkel, aber soviel gewiss, dass bei der Facialisparalyse die Geschmaksempfindungen auf der befallenen Seite wesentlich vermindert sind. Zweifelhaft ist ferner der Einfluss dieses Nerven auf die Excretion des Speichels, welche bei seinen Erkrankungen allerdings häufig alterirt wird.

1. Der Spasmus des Facialis (mimischer Gesichtskrampf).

Der mimische Gesichtskrampf (Tic convulsif) wurde früher grösstentheils mit der Prosopalgie zusammengeworfen und nur der überwiegende Muskelkrampf in einzelnen Fällen des Tic hervorgehoben, den man überhaupt als Krankheit des Facialnerven anzusehen pflegte, so dass das Eintreten von Krämpfen dabei nichts Unerwartetes war. Erst durch die nähere Bestimmung der Functionen des Facialis (durch Magendie) wurde eine Abtrennung der krampfhaften Antlizaffectionen gerechtfertigt und durchführbar, und theils Marshall Hall (on the diseases and derangements of the nervous system 1841: Spasmodic tic p. 342), theils und besonders Romberg haben die Verhältnisse des Spasmus im Gebiet des N. facialis aufgezeigt.

I. Der Spasmus des Facialis kann sein:

1) eine peripherische Affection;

2) eine isolirte Affection des Nervenstammes;

3) ein reflectirter Krampf;

4) eine partielle oder rudimentäre Affection verbreiteter motorischer Erkrankungen oder Störungen des Centralorgans.

Der Krampf im Gebiete des Facialis tritt als isolirte Erscheinung in Folge von Erkältungen des Gesichts nicht ganz selten ein. Auch kommt er als eine topische Krampfform bei hysterischer Constitution zuweilen isolirt vor; ebenso als locale Chorea. Noch häufiger begleitet er die schmerzhaften Affectionen im Gebiete des Quintus, die Reizzustände des Opticus und die Krämpfe in andern Theilen: die Stotterkrämpfe, den Trismus; er zeigt sich als Theilerscheinung bei der Chorea, den hysterischen Paroxysmen, dem Tetanus, bei der Epilepsie und tritt im Verlaufe der verschiedensten Hirnreizungen auf. In einzelnen Fällen dieser complexen Krankheitsformen sind die Zukungen in dem Facialisgebiet ganz überwiegend und es lässt sich nicht sagen, durch welche innere Gründe solche Fälle von andern sich unterscheiden. Ebenso sind bei manchen Hirnreizungen vornehmlich in den vom Facialis besorgten Muskeln Contractionen, wenn auch geringern Grades, zu einer Zeit bemerklich, wo andere Muskel noch vollständig unbetheiligt erscheinen.

Der Spasmus wird zuweilen dadurch zustandegebracht und gewissermaassen habituell, dass anfangs willkürlich und aus Muthwillen ausgeführte Grimassen des ganzen Gesichts oder einzelner Theile, wie Blinzeln, Verzerrungen des Mundes, nach und nach stationär bleiben und unbewusst, ja selbst gegen den Willen eintreten. Er kann ferner durch häufige Wiederholung reflectirter oder associirter Bewegungen habituell oder doch wenigstens die Anlage zu demselben in einem solchen Grade gesteigert werden, dass die geringsten Veranlassungen ihn zurückrufen. Wenn die Disposition zu demselben vorhanden ist, so können Reizungen der Gesichtshaut, intendirte Bewegungen der Muskel beim Sprechen und Lachen

und auch Bewegungen in andern Theilen den Krampf alsbald herbeiführen oder ihn steigern. Besonders aber findet man eine Vermehrung und Erregung des Krampfes bei gespannten psychischen Zuständen, im Augenblik der Verlegenheit, des Affectes und bei Ausbrüchen psychischer Irritation.

II. Der Krampf im Gebiet des Facialis ist

bald ein clonischer in einzelnen, von Erschlaffung gefolgten Zukungen bestehend;

bald ein tonischer, in anhaltender Contraction der Antlizmuskeln bestehend.

In beiden Fällen kann er in kürzeren oder längeren Paroxysmen auftreten, nach welchen freie Intervalle eintreten, die von neuen Paroxysmen gefolgt sind, oder aber continuirlich fortdauern.

Der Krampf ist bald auf eine Seite des Gesichts beschränkt, bald auf beiden, in lezterem Falle jedoch meist ungleichmässig, bemerkbar. Er befällt entweder nur einzelne Abschnitte des Facialis oder dessen gesammtes Gebiet.

Häufig dehnt sich der Krampf, der zuerst nur einzelne Abschnitte befallen hatte, allmälig auf weitere Provinzen des Facialgebietes aus und kann selbst auf motorische Apparate, die von anderen Nerven versorgt sind, überschreiten.

Meist ist der Krampf mit mehr oder weniger heftigen Schmerzen verbunden, die jedoch selten im Momente des Spasmus schon eintreten und ebensowenig längere Zeit den Krampf überdauern.

Wenn der Krampf häufig sich wiederholt oder lange gedauert hat, so können allmälig dauernde Veränderungen der Gesichtszüge und der Ernährung des Antlizes eintreten.

Der Verlauf des Facialiskrampfes ist ohne alle Regel.

Bei paroxysmenartigen Krämpfen wird durch die Häufigkeit ihrer Wiederkehr die Neigung zur Anregung erneuerten Krampfes auf geringfügige Veranlassungen gesteigert und es kann so aus den anfänglich getrennten Paroxysmen allmählig ein permanenter Krampf sich ausbilden.

Wenn der Krampf nur einzelne Abschnitte des Facialis befällt, so zeigt er sich bald in Form unwillkürlichen häufigen Blinzelns und Schliessens der Auglider, bald in der Form von Runzeln der Braunen und von Auf- und Niederziehen der Stirnmuskel, bald als Zukungen und Verziehungen in den Nasenflügeln, oder in den Mundwinkeln oder in der Bake; bei allgemeinerem Krampfe in der Form grimassenartiger Verzerrungen des ganzen Gesichts oder nur einer Hälfte desselben, welche verschiedenen Formen des Krampfes bald nur momentan oder doch kurzdauernd sind, bald in einem fortwährenden ununterbrochenen Wechselspiele sich darstellen, bald permanent sind und nach und nach dem ganzen Gesicht durch die Falten und Runzeln der Haut und selbst durch die Formation der Knochen einen eigenthümlichen Ausdruk geben. Zwar kann ein energischer Willenseinfluss die gröbsten Verzerrungen sehr oft bemeistern, ohne sie jedoch ganz verhindern zu können, und willkürliche oder zufällige Zusammenziehungen in einem Theile des Muskelgebiets des Facialis sind meist von unwillkürlichen Mitbewegungen in den übrigen gefolgt. Zuweilen ist Schmerz bei diesen Verzerrungen bemerkt worden, in den meisten Fällen aber gehen sie, wenn nicht eine Quintusaffection dabei besteht, ohne solchen vorüber. Die Affection theilt sich zuweilen weitern Nervengebieten mit, und besonders der motorische Theil des Quintus, der Hypoglossus, der Accessorius und zuweilen die motorischen Spinalnerven participiren nicht selten im Laufe der Zeit an dem Krampfe.

Der Verlauf des Facialiskrampfes ist zuweilen ein ziemlich kurzer, und nicht unbedeutende Krämpfe in diesem Gebiete können nach wochen-, tage- oder stundenlanger Dauer sich wieder vollständig verlieren. Dagegen kann er auch chronisch werden und bis zur Permanenz sich festsezen, und dabei entweder gleichmässig oder unter Schwankungen, oder aber in immer sich wiederholenden Paroxysmen von ge-

ringerer oder beträchtlicherer Intensität, auf besondere Veranlassungen oder ohne solche eintretend Jahre lang oder selbst Zeitlebens fortdauern.

III. In frischen Fällen wird durch Anwendung von Wärme, durch mässige Compression und Frottiren der Krampf zuweilen schnell gehoben, vornehmlich wenn der Kranke sich bestrebt, gegen das Eintreten desselben anzukämpfen, was zwar anfangs nur unvollständig gelingt, nach und nach aber doch meist von Erfolg ist. — In länger dauernden Fällen können dieselben Mittel angewandt werden, sind aber von minder entschiedenem Nuzen. Zuweilen können dann narcotische Einreibungen und Fomente, anhaltender Druk auf den Stamm des Facialis, Vesicatore und Electricität eine Erleichterung und Heilung herbeiführen. Wirkungen auf die Constitution durch Chinin, Eisen, Laxirmittel sind nicht zu versäumen, besonders aber ist die methodische Uebung der Muskel mit Consequenz fortgesezt in allen den Fällen von Nuzen, wo nicht anatomische Störungen den Krampf des Facialis direct oder indirect veranlassen und können selbst in lezteren mindestens einen ermässigenden Einfluss üben. — In sehr schweren, lästigen und hartnäkigen Fällen ist die Anwendung der Myotomie gestattet.

2. Die Paralyse des Facialis.

Die Gesichtsparalyse war in der ältern Medicin nur sehr unvollkommen bekannt, obwohl Friedreich (programma de paralysi musculorum faciei rheumatica 1797) und einige Andere der gewöhnlich als rheumatisch bezeichneten Störung Erwähnung thun. Erst durch Bell wurde der Grund der Erscheinung in eine Störung des Facialis verlegt und zugleich eine Anzahl wichtiger und genauerer Beobachtungen geliefert. Sie wurden vermehrt in den Schriften von Descot (über die örtlichen Krankheiten der Nerven, aus dem Französischen frei bearbeitet von Radius, Leipzig 1826), Pichonnière (de la paralysie partielle de la face 1830) und Montault (sur l'hemiplegie faciale 1831), sowie in den Abhandlungen von Shaw (Med.-chir. transact. XII. 105), Serres (Arch. gén. A. V. 629) und Billard (ib. VI. 347) und vielen Andern. Die Paralyse des Antlizes bei Neugebornen wurde besonders von Landouzi (Essay sur l'hemiplegie faciale chez les enfants nouveau-nés) kennen gelehrt. Von besonderer Wichtigkeit waren ferner die Arbeiten von Romberg (Casper's Wochenschr. 1833, Nr. 12 und Lehrb. der Nervenkrankh.).

I. Die Paralyse des Facialis kommt in allen Altern vor und wird nicht ganz selten bei Neugebornen beobachtet. Sie ist bei Männern häufiger als bei Weibern.

In den meisten Fällen hat man keine determinirende Ursache aufzufinden vermocht, während in anderen örtliche Einwirkungen von Kälte, Verlezungen, Verschwinden von Ausschlägen und Unterdrükung der Menstruation beobachtet wurden.

Am häufigsten findet sich die Facialparalyse im erwachsenen Alter, doch ist sie bei Neugebornen nach Landouzi nicht ganz selten und soll durch Misshandlungen mit der Zange herbeigeführt werden; denn in keinem Falle soll diese Affection bei Kindern, die nicht mit der Zange entbunden wurden, vorgekommen sein. Derselbe bemerkt, dass die Verzerrung der Gesichtszüge nach der der paralytischen entgegengesezten Seite nur während des Schreiens der Kinder bemerkt werde, in der Ruhe vollständig verschwinde. Auch behauptet er, dass die Prognose stets günstig sei, so dass demnach angenommen werden muss, dass nicht etwa eine durch den Druk herbeigeführte Hämorrhagie die Ursache der Lähmung sei, sondern lediglich ein Druk der Zange auf den Facialis in seinem Verlaufe ausserhalb des Schädels, wenn gleich sonstige Spuren des Drukes gewöhnlich an den Kindern nicht nachzuweisen sind. Für diese örtliche Einwirkung spricht noch weiter die Isolirtheit der

Lähmung, die ohne alle weitere Störung der übrigen motorischen Apparate und der Sinnesorgane zu bestehen pflegt.

Das Ueberwiegen an Facialislähmungen leidender Männer ist nach einigen Beobachtern sehr bedeutend und scheint vornehmlich davon abzuhängen, dass das männliche Geschlecht den nachtheiligen Einflüssen starker Erkältungen mehr ausgesezt ist. Dass sehr häufig die Paralyse des Facialis durch Erkältung determinirt wird, ist eine unbestrittene Thatsache; doch mag nicht in allen Fällen die Erkältung die einzige Ursache sein, indem man selbst bei solchen Kranken, bei welchen sich später schwere Destructionen und Neubildungen innerhalb des Schädels herausstellen, den Beginn der Lähmung auf eine Erkältung zurückführen hört. Aber selbst wenn Erkältung die Lähmung veranlasst, so ist damit nichts über die sogenannte rheumatische Ursache des Uebels entschieden, und in der That findet man nur sehr ausnahmsweise vor dem Erscheinen der Paralyse oder gleichzeitig mit ihr Affectionen von entschieden rheumatischem Character, und ebensowenig beobachtet man im Verlaufe multipler Rheumatismen die Faciallähmung als Theilerscheinung.

Der lähmende Einfluss kann an jeder Stelle des Nervenverlaufs stattfinden. Hauptsächlich hat man zu unterscheiden:

1) die Lähmung der Fasern des Facialis, ehe sie sich von dem Gehirne abgeschieden haben, an welcher Stelle hauptsächlich durch Erkrankungen innerhalb der Hirnsubstanz selbst (Druk oder Zerstörung) Erscheinungen im Gebiete des Facialis hervorgerufen werden;

2) die Lähmung an dem Verlaufe des Nerven von seinem Ursprunge aus dem Gehirn bis zum Eintritt in den Meatus auditorius internus, welche vornehmlich durch Exsudate, Extravasate und Geschwülste an der Hirnbasis und in der Nähe des Pons herbeigeführt wird, sei es mit unmittelbarem Druk auf den Nerven oder wirklicher Zerstörung desselben, oder sei es mittelst mediaten Druks, wobei ein Extravasat, eine Geschwulst zwar den Nervenstamm nicht direct erreicht, aber die benachbarten Hirntheile auf ihn presst;

3) die Lähmung des Nerven in seinem Verlaufe durch den Gehörgang und Fallopischen Canal, welche am meisten durch Caries des Felsenbeins und durch Erkrankungen des innern Gehörorgans bedingt wird;

4) die peripherische Lähmung, wobei der Nerv nach seinem Austritt aus dem Knochen betroffen wird und zwar entweder durch Affectionen der Parotis, durch Lymphdrüsengeschwülste, oder durch Eindrüke auf die Peripherie, durch Verlezungen, Geschwüre und Narben.

Es ist von grosser Wichtigkeit, diese verschiedenen Ursprünge der Facialisparalyse, welche aus einer entsprechenden Verschiedenheit der Symptome zu erkennen sind, zu unterscheiden, indem, wenn auch nicht die Behandlung dadurch wesentlich modificirt wird, so doch die Prognose nach der Art des Ursprunges der Paralyse sehr verschieden ist. Am schlimmsten und unheilvollsten sind in dieser Beziehung diejenigen Lähmungen, bei welchen der Nerv von dem Punkte seines Ursprunges aus dem Gehirn bis zu der Stelle, wo er den Fallopischen Canal verlässt, beeinträchtigt wird. Lähmungen durch peripherische Einwirkungen sind nicht ganz selten und scheinen am häufigsten durch Erkältungen zustandezukommen, namentlich wenn das schwizende Gesicht von einem kalten Luftstrom getroffen wird. Es lässt sich nicht bestimmen, welcher anatomische Zustand hiebei stattfindet, aber jedenfalls geben diese Faciallähmungen die günstigste Prognose.

II. Die Paralyse des Facialis ist bald über das ganze Gebiet des Nerven verbreitet (totale Lähmung), bald auf einzelne Abtheilungen desselben beschränkt (partielle Lähmung). Die Unmöglichkeit zu Bewegungen ist zuweilen vollständig (complet), noch häufiger unvollständig (incomplet), in welchem Falle die Bewegungen nur schwächer sind, im

Zustand der Ruhe oder bei Contractionen die Muskel der andern Seite überwiegen und intendirte Bewegungen ungenügend ausgeführt werden.

Im Speciellen stellt sich die Lähmung des Facialis, wenn sie nur wie gewöhnlich auf einer Seite stattfindet, aber über das ganze Gebiet des Nerven verbreitet ist, dar als eine Erschlaffung der entsprechenden Gesichtshälfte, Ausgleichung oder Verminderung der Runzeln derselben, theils an der Wange, theils an der Stirn, Herabhängen der Wange, Verziehen des Gesichts (besonders beim Sprechen, beim Lachen, beim Essen) nach der entgegengesezten Seite, passive Bewegung und Aufblähen der Wange der befallenen Seite bei der Exspiration (bei Versuchen zu pfeifen u. dergl.), Unfähigkeit, das Auge zu schliessen und permanentes Offenstehen, oder früheres Wiederöffnen desselben auf der befallenen Seite, wenn die Augen willkürlich geschlossen werden konnten, Krümmung der Uvula nach der gelähmten Seite.

Diese Symptome sind je nach dem Grade der Paralyse mehr oder weniger deutlich hervortretend, zuweilen nur bei stärkern mimischen Bewegungen sichtbar; sie sind bei partiellen Paralysen je nach der Ausbreitung der Lähmung bald nur einzeln vorhanden, bald verschieden combinirt.

Bei derjenigen Paralyse des Facialis, bei welcher die Fasern innerhalb des Verlaufs durch das Gehirn beeinträchtigt sind, findet die Wirkung in gekreuzter Weise statt: die Gesichtshälfte, welche dem Size der Störung entgegengesezt ist, ist gelähmt oder in ihren Bewegungen geschwächt. Dabei ist der Verlust der Bewegungsfähigkeit weder über das ganze Gebiet des Facialis ausgedehnt und betrifft meist nur die Muskel des Nasenflügels, der Oberlippe und der Bake, noch ist er vollständig und es ist in den meisten Fällen nur eine mehr oder weniger grosse Schwächung vorhanden. Ausserdem sind in allen Fällen andere Nerven theils des Gesichts, theils des Rumpfes mitafficirt.

Bei derjenigen Lähmung, welche im Verlaufe des Nerven innerhalb der Schädelhöhle ihre Ursache hat, entspricht die Lähmung der Seite, auf welcher der Nerv betroffen ist. Die Lähmung kann complet und total sein, wenn der Nerv zerstört ist oder gedrükt wird; sie ist incomplet und meist partiell, wenn der Druk nur mittelbar den Nerven trifft, oder, wiewohl selten, wenn Zerstörung und directer Druk den Nerven nicht in seinen sämmtlichen Fasern beeinträchtigen. Meistens sind gleichzeitig der Acusticus, der Accessorius, gewöhnlich auch der Quintus und der Abducens derselben Seite afficirt.

Wenn die Ursache der Lähmung den Nerven innerhalb des Felsenbeins trifft, so ist die Lähmung meist total und gewöhnlich complet oder nähert sie sich doch der Vollständigkeit. Immer ist die Wirkung auf derselben Seite, auf welcher sich der Siz der Ursache befindet. Immer ist der Hörnerv mitafficirt. Die Sensibilität ist erhalten. Die Uvula hat eine schiefe Richtung und sehr oft nimmt man Otorrhoeen, Abnahme des Geschmaks und Veränderungen der Speichelsecretion auf der einen Seite der Mundhöhle wahr.

Wenn die Lähmung einen peripherischen Siz hat, so ist sie meist complet und dabei bald total, bald partiell, im leztern Falle bald die Temporalgegend mit dem Schliessmuskel des Auges, bald die Gegend der Wange, des Mundes und der Nase befallen. Störungen des Trigeminus, Anästhesieen oder Neuralgicen desselben begleiten zuweilen diese Lähmung.

Der Verlauf der Facialisparalysen ist bei den durch Erkältung eintretenden Fällen meist ein kurzer und verlängert sich nur bei grober Vernachlässigung. In den übrigen Fällen hängt die Dauer der Erkrankung von dem Fortbestehen oder der Entfernung der ursächlichen Verhältnisse ab und ist daher bei Zerstörung des Nerven, bei nicht beseitigbarem Druke unbegrenzt.

III. Bei den durch Erkältung herbeigeführten Paralysen des Facialis genügt die Anwendung trokener oder feuchter Wärme, die Application reizender Einreibungen. Bei längerer Dauer können Nux vomica oder

Strychnin endermatisch, kalte und warme Douchen, Thermalbäder, Moxen und Electricität angewandt werden. In allen andern Fällen ist zunächst auf die Entfernung der ursächlichen Verhältnisse hinzuwirken, neben dieser oder wo die Ursache unbekannt blieb, sind die angegebenen örtlichen Applicationen vorzunehmen.

Als Mittel zur Beseitigung der Entstellung des Antlizes bei Unmöglichkeit, die Paralyse selbst zu heben, hat Dieffenbach die subcutane Durchschneidung der gesunden Muskel, namentlich des Levator palpebrae superioris und des Orbicularis oris der nicht befallenen Seite mit theilweisem Erfolg vorgenommen.

E. AFFECTIONEN DES HYPOGLOSSUS.

Der Hypoglossus ist ein motorischer Nerv, dessen Alterationen sich als abnorme Bewegungen oder als Lähmungen der Zunge zu erkennen geben.

Soviel bis jezt bekannt, kommen die Krämpfe im Gebiete des Hypoglossus nicht als isolirte Krankheit vor, sondern nur neben anderen spasmodischen Zuständen, oder im Wechsel mit solchen. Sie geben sich kund als Hin- und Herwälzen der Zunge, als anhaltende Starrheit, als unwillkürliches Schnalzen derselben und als Zitterbewegungen.

In manchen Fällen kann es den Anschein haben, als ob convulsivische Bewegungen der Zunge als eine isolirte Erscheinung aufträten. So bemerkt man zuweilen bei Kindern und bei Hysterischen für den Augenblik nichts Krankhaftes als ein unwillkürliches Schnalzen oder Hin- und Herwälzen der Zunge. Bei weiterer Beachtung des Falles wird man jedoch immer finden, dass andere krampfhafte Zufälle, wenn auch in geringem Maasse, damit verbunden sind oder damit wechseln, und dass in der That der Zungenkrampf nur als das momentan entwikeltste Symptom einer ausgedehnteren Störung: der Chorea, der Epilepsie, der Hysterie etc. erscheint. Bei den Zitterkrämpfen der Zunge kann man ebenfalls leicht in andern Theilen des Körpers, an den Lippen, an den Auglidern, an den Händen einen ähnlichen Tremor entdeken, wenn gleich derselbe oft an der Zunge am auffallendsten ist.

Die Lähmungen im Gebiet des Hypoglossus sind gleichfalls meist nur die Folge einer Störung des Centralorganes, oder hängen sie zusammen mit gewissen constitutionellen Verhältnissen (allgemeiner Torpor, Bleiintoxication). Sie beziehen sich entweder nur auf die Articulationsbewegungen der Zunge oder zugleich auch auf die übrigen Bewegungen derselben. — Die Lähmung ist entweder nur einseitig, was jedoch die Articulation schon vollkommen unmöglich machen kann und wobei die Zunge beim Vorstreken eine Abweichung nach der gelähmten Seite hin zeigt, oder sie ist beiderseitig, in welchem Falle die Zunge gar nicht vorgestrekt werden kann.

Der Verlust der Fähigkeit zu groben Bewegungen der Zunge geht nicht parallel mit dem Verlust der Articulation. Jene Fähigkeit kann vollkommen erhalten und die Articulation vollständig verloren sein; denn die leztere hängt von einem complicirteren Mechanismus ab. S. später. — Die Möglichkeit einer isolirten Lähmung des Hypoglossus durch Zerstörung desselben oder durch Druk auf den Nerven ist zwar nicht zu bezweifeln, doch fehlt es an vollkommen constatirten Fällen dieser Art, obwohl da und dort solche erzählt sind, bei welchen wenigstens kein sonstiges krankhaftes Phänomen sich äusserte, als die motorische Zungenlähmung (z. B. Bull. de thérap. XXXIII. 148). Abgesehen von diesen vereinzelten, überdem ziemlich fragmentarischen Beobachtungen lassen sich die ausserordentlich häufigen Beispiele von einseitiger oder doppelseitiger Zungenlähmung durchaus als Theilerscheinungen verbreiteter Paralyse oder als abhängig von Störungen des Centralorganes ansehen.

F. AFFECTIONEN DES GLOSSOPHARYNGEUS, VAGUS UND SYMPATHICUS.

Diese Nerven, welche ebensowohl sensible als motorische Fasern enthalten, sind, soviel bekannt, in der Antlizprovinz niemals der Siz eigentlicher Neuralgieen. Dagegen kommen nichtschmerzhafte, wenn gleich zuweilen sehr lästige Hyperästhesieen, spasmodische und vielleicht auch paralytische Affectionen in ihnen vor. Dieselben sind jedoch, wie es scheint, nicht als isolirte Erkrankungen anzusehen, sondern nur Theilerscheinungen complicirter Störungen.

Die Hyperästhesieen des Glossopharyngeus, die sich als subjective Geschmaksempfindungen und als Ekelempfindungen kundgeben, sind wohl immer nur ein einzelnes Symptom in einem mehr oder weniger reichen Phänomenencomplexe und sind daher, sowie auch die Unempfindlichkeit des Nerven, schon bei der allgemeinen Betrachtung aufgeführt. Mindestens ist zweifelhaft, ob sie jemals als isolirte Neurose vorkommen.

Die Affectionen des Vagus und Sympathicus sind in der Mund- und Rachenhöhle gar nicht zu localisiren, obwohl es nicht unwahrscheinlich ist, dass jene Nerven bei manchen Affectionen dieser Provinz mitbetheiligt sind.

G. COMPLEXE AFFECTIONEN DER NERVEN DER ANTLIZPROVINZ.

Nicht selten sind Störungen in der Antlizprovinz, welche durch eine Functionsanomalie der Nerven sich kund geben, nicht von einem einzelnen Nerven abhängig, sondern es sind dabei mehrere Nerven gleichzeitig betheiligt. Wofern solches nicht auf einer allmäligen Ausbreitung einer ursprünglich localen Nervenerkrankung beruht und auch nicht in gleichzeitigen peripherischen Beeinträchtigungen verschiedener Nerven begründet ist, so lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit ein centraler Ursprung der Störung vermuthen, eine Anomalie des Gehirns, selbst wenn sich dieselbe durch kein weiteres Symptom verräth, nur durch die Functionsanomalie der Kopfnerven sich äussert und selbst wenn die anatomische Untersuchung keine materielle Störung des Gehirns und seiner Häute aufzuweisen im Stande ist.

Diese complexen Affectionen beziehen sich vornehmlich auf die motorischen Apparate, wenn gleich nicht selten in untergeordneter Weise Schmerzen und andere unangenehme Empfindungen oder Schwächung und Verlust der normalen Perceptionen dabei bestehen.

Folgende Formen sind von speciellerem Interesse.

1. Starrkrämpfe und Convulsionen in der Antlizprovinz.

Starrkrämpfe und Convulsionen treten häufig, zumal oder im Wechsel oder in verschiedener Combination in den verschiedenen Muskelabtheilungen der Antlizprovinz auf:

an den Unterkiefermuskeln als gewaltsames Geschlossenhalten (Trismus), starres Geöffnetsein, fortdauerndes abwechselndes Schliessen und Oeffnen des Mundes;

an den Lippen Verzerren des Mundes, Fletschen der Zähne, krampfhafte Verschliessung des Mundes;

an der Zunge Starrheit derselben, Umrollen, gewaltsames Hin- und Herwälzen derselben;
im Rachen als Constriction des Pharynx.

Diese Krämpfe sind stets nur Vorläufer, Theilerscheinungen, Fragmente allgemeiner, vom Centralnervensystem ausgehender Krampfformen hysterischer, epileptischer, tetanischer, hydrophobischer, maniacalischer Art, oder kommen sie auch zuweilen bei Entzündung des Gehirns und bei heftigen Fiebern mit schwerer Affection des lezteren (Typhus) vor. Sie sind für sich kein Gegenstand specieller therapeutischer Berüksichtigung.

2. Zitterkrämpfe.

Zitterkrämpfe finden sich oft gleichzeitig im Antliz, an den Lippen, der Zunge, dem Unterkiefer.

Sie kommen nicht oder gewiss ausserordentlich selten als örtliche Affection vor, sondern sie sind die Folge von Gehirnkrankheiten (in ausgezeichneter Weise z. B. beim Delirium tremens), von Constitutionskrankheiten (besonders Erschöpfung, allgemeine Schwäche und Reizbarkeit) und ein häufiges Symptom schwerer Fieber (Typhus). Man bemerkt sie ebensowohl in Zuständen grosser Aufregung und Reizbarkeit als bei beginnender Prostration, und sie dürfen daher ohne Zweifel als Zeichen einer verminderten und geschwächten Innervation angesehen werden. Die Bewegungsfähigkeit ist nicht aufgehoben, aber kurze Erschlaffungen der in Thätigkeit gesezten Muskel und Mitbewegungen in andern mischen sich in oscillirender Weise der intendirten Bewegung bei, oder stören das harmonische Verhalten der Antagonisten bei der Ruhe. — Auch für diese Zustände ist keine auf das Zittern der Antliztheile bezügliche besondere Therapie angezeigt.

3. Anomalieen der Lautbildung (Sprechfehler).

I. Die nervösen, nicht durch gewebliche Störungen der Peripherie bedingten Anomalieen der Lautbildung können abhängen:

von der Störung eines oder mehrerer bei der Lautbildung betheiligten Nervenzweige oder von der ungenügenden Ausbildung ihrer Functionen;

von unvollständigem oder fehlendem Gehörsinn;

von abnormer oder ungenügender Gehirnfunctionirung und Gehirnausbildung.

Sprechfehler, welche nicht durch abnorme Structurverhältnisse oder erworbene Gewebsstörungen in der bei der Articulation betheiligten Musculatur und deren Nachbarschaft bedingt sind, haben in der Mehrzahl der Fälle ihre Ursache in schlechtem oder mangelndem Gehör oder in centralen Störungen. Sie hängen von verschiedenen Abnormitäten der Gehirnthätigkeit: exaltirten Zuständen, geschwächten und halbparalytischen Zuständen, Unaufmerksamkeit, Befangenheit, ferner von unvollkommener Beherrschung der Articulationsmuskel, mangelhafter Uebung der Theile und schlechter Angewöhnung ab (daher finden sie sich am häufigsten bei Kindern und rohen, ungebildeten Individuen). Nur in untergeordnetem und exceptionellem Verhältnisse ist die mangelhafte Articulation abhängig von localer Schwäche und ungenügender Functionirung, von unwillkürlichen Mitbewegungen und unwillkürlichen krampfhaften Contractionen der in Thätigkeit gesezten Muskelpartieen. — Häufig wirken cerebrale und örtliche nervöse Ursachen mit abnormen Verhältnissen der Mund- und Rachentheile und der Glottis zusammen und nicht immer ist es in einzelnen Fällen möglich, den Antheil der einzelnen Coëfficienten mit Sicherheit abzuwägen.

Mit den Sprechfehlern dürfen diejenigen Zustände nicht zusammengeworfen werden, bei welchen das Gedächtniss für einzelne Worte verloren gegangen ist, oder wegen Idiotismus nur ein beschränkter Wortschaz sich gebildet hat: diess sind Anomalieen der Intelligenz, nicht des Sprechens.

Mag die Ursache der Sprechfehler sein, welche sie will, so zeigt sich doch meist, dass der Zustand der Centralorgane von wesentlichem Einfluss auf ihr Eintreten und auf den Grad der Anomalie ist. Jedoch ist dieser Einfluss ein verschiedener

Bei Sprechfehlern aus übler Gewöhnung, aus mangelhafter Uebung oder aus anatomischen Störungen der Mund- und Rachenhöhle können durch Aufmerksamkeit und festen Willen die Fehler in der Lautbildung vermieden oder vermindert werden. Bei Sprechfehlern dagegen, welche von Zuständen des Gehirns abhängen, die nicht nach Willkür zu beseitigen sind oder die auf einer habituellen Disposition der Mund- und Rachensprachorgane zu krampfhaften Contractionen beruhen, tritt die Anomalie am wenigsten ein bei abgelenkter Aufmerksamkeit, bei ganz ruhiger Gehirnthätigkeit, beim Sprechen in der Einsamkeit u. dgl., wird aber immer um so mehr hevorgerufen, je mehr man sich anstrengt, durch den Willen die widerspenstigen Organe zu zügeln, oder je mehr man sich im Zustand der Befangenheit und psychischen Aufregung befindet. Jedoch zeigt sich dieses Verhalten allerdings nicht bei allen Arten der Sprechfehler in gleichem Grade.

II. Die Sprechfehler stellen sich dar:

als Mangelhaftigkeit im Rhythmus des Sprechens, der Aufeinanderfolge und Aneinanderreihung der Laute;

als Fehler der Pronunciation der Laute (Paralalia): Beimischung fremder Laute, Verwechslung der Laute und Unfähigkeit, einzelne Laute zustandezubringen;

als gänzliche Unfähigkeit, articulirte Laute zu bilden (Alalia, Stummheit).

Die Mangelhaftigkeit des Rhythmus des Sprechens, der Aufeinanderfolge und Aneinanderreihung der Laute stellt sich am häufigsten als ein plözliches Stoken mitten in der Rede, mitten im Worte, meist an einem Vocale, häufig aber auch an einem Consonanten dar. In leichten Fällen wird nach kurzem Anhalten die Lautfolge wieder aufgenommen und fortgeführt. Schon ein etwas höherer Grad ist es, wenn das Individuum genöthigt ist, die unmittelbar vor dem Stoken pronuncirten Laute zu wiederholen, um das, was nachfolgen soll, in Fluss zu bringen. In den höchsten Graden wird der zulezt hervorgebrachte Laut oder mehrere derselben einigemale, zuweilen sehr oft wiederholt, bis es gelingt, die folgenden anzureihen, und dieses Abquälen geschieht nicht selten in einem Saze, selbst in einem Worte an mehreren Stellen. Die Pausen während des Redeflusses sind gewöhnlich nur kurz, doch treten dazwischen auch längere Pausen ein, während welcher alle Lautproduction aufhört und nicht nur die zunächst bei der Lautbildung betheiligten Organe sichtlich in einem vergeblich angestrengten und krampfhaften Abmühen einen Laut hervorzubringen sich befinden, sondern auch die übrigen Gesichtszüge sich verzerren, Halsmuskel, Brustmuskel, selbst die Extremitäten sich abarbeiten, um den stokenden Redefluss wieder herzustellen. Dieses, mindestens in seinen höheren Graden als Stottern bezeichnete Uebel hängt häufig von dem Gehirn selbst ab, oder ist, wenn es in einzelnen Fällen auch local in einer spasmodischen Disposition der Zunge, der Lippen oder der Glottis seinen Siz hat, wenigstens von den Zuständen des Gehirns in hohem Grade influencirbar, und das Stoken steigert sich durch Befangenheit, leidenschaftliche Aufregung, Neuheit der Eindrüke und jeden gar zu gewaltsamen und übereilten Versuch, durch den Willen es zu unterdrüken, während es bei vollkommener Ruhe des Geistes und bei bewahrter Haltung gar nicht oder doch in geringerem Grade eintritt. — Scheinbar der entgegengesezte Zustand, jedoch nahe mit dem Stottern verwandt und häufig neben ihm vorhanden und mit ihm im selben Athem wechselnd, ist das Ueberstürzen der Rede, das Brudeln im Sprechen. Die Laute werden, häufig nachdem sie zuvor durch Stoken zurükgehalten waren, mit grosser Hastigkeit gebildet und stürzen verworren und unvollkommen hervor. Auch dieser Fehler wird durch Affecte und andere Gehirnzustände vielfach gesteigert und verschlimmert.

Die Fehler in der Pronunciation der Laute, besonders deren höhere Grade, hängen oft vom Centralorgane des Nervensystems, namentlich von subparalytischen Zuständen desselben (Idiotismus, Apoplexie u. dergl.) ab, sind aber doch noch häufiger Mängel, die durch schlechte Uebung der Organe (häufig auch wegen unvollkommener Nachahmung, vernachlässigter Aufmerksamkeit auf sich selbst und auf Andere, welche richtig pronunciren) oder durch anatomische Veränderungen der Organe bedingt sind. Die schlechte Pronunciation der Laute besteht in unpräciser Aussprache, in Beimischung fremdartiger Laute, im Verschluken einzelner, in Verwechslung eines oder mehrerer Laute. Sie beschränkt sich entweder mehr auf einzelne Laute, oder ist sie beim gesammten Sprechen bemerkbar und heisst im leztern Falle und in den höchsten Graden Lallen. Die einzelnen Laute, welche

am häufigsten schlecht pronuncirt werden, sind vornehmlich das r, das s und die übrigen Zischlaute, das g, die weichen Laute b und d, das f, der weiche zusammenfliessende Nasenlaut ng. Auch von den übrigen Lauten werden manche unpräcis pronuncirt, doch sind diese Fehler weniger verbreitet und im Allgemeinen werden die harten Consonanten seltener verfehlt, als die weichen, die Vocale viel seltener als die Consonanten. Die Laute, welche an die Stelle anderer gesezt werden, sind vorzüglich das l (an die Stelle des r), das w (an die Stelle des r), das t (an die Stelle des d, g, s, l, r, ja sogar bei manchen Individuen an die Stelle fast aller Consonanten, bei welchen die Zunge thätig ist), das p (an die Stelle des f), das f an die Stelle der Zischlaute), das ch (an die Stelle des g und k), das c und s (an die Stelle des sch), das j (an die Stelle des r, l, h, g), die harten Consonanten (an die Stelle der weichen), seltener die weichen (an die Stelle der harten). Die Laute, welche abnorm eingemischt werden, sind vornehmlich die Nasenlaute, das l, das ch, das s, das e und i. Häufig werden auch unarticulirte Laute unwillkürlich dazwischen geworfen.

Wir können kein Gewicht legen auf die vielen Benennungen, mit welchen einzelne neuere Schriftsteller die verschiedenen Sprechfehler zu individualisiren suchten und die zum Theil kaum einen andern Nuzen haben dürften, als einem Stammelnden als Uebungsstüke für sein störriges Organ zu dienen (z. B. Pararrhotacismus, Phonentallaxis). — Der allgemein gebräuchliche Ausdruk Stammeln hat keine scharfe Bedeutung und wird bald im Sinne des mangelhaften Sprechens überhaupt, bald in dem einer gesteigerten mangelhaften Pronunciation, bald als gleichbedeutend mit Stottern genommen.

Die **Stummheit** ist ein Mangel, der wohl nur in den allerseltensten Fällen seinen Grund in den Sprachorganen der Mund- und Rachenhöhle selber (z. B. Fehlen der Zunge, beträchtliche Kleinheit derselben) hat, sondern meist entweder im Gehörorgan, welches keine Laute percipirt und daher die Nachahmung derselben nicht veranlasst (Taubstummheit, woran sich die Fälle schliessen, in welchen Individuen mit normalen Organen wegen gänzlicher Ausschliessung von der menschlichen Gesellschaft von frühster Zeit an sprachlos geblieben sind), oder in dem Gehirn (Idiotismus, Hydrocephalus chronicus, Apoplexie, Gehirnerschütterung, Hysterie, Blödsinn etc.). Die Stummheit pflegt fast nur in den leztern Fällen, und auch in diesen nur selten, ganz vollkommen zu sein. Wenn auch die Stummheit nicht von den Sprachorganen selbst bedingt zu werden pflegt, so geschieht es doch gewöhnlich, dass diese bei Stummen nach und nach zu erkranken beginnen: die Zunge wird ungelenk und plump, die Mandeln sind häufig vergrössert und unförmlich, der Rachen wird der Siz chronischer Catarrhe und Entzündungen. Ebenso leidet allmälig das Gehirn, auch wenn es ursprünglich unversehrt war. Noth: die Fähigkeiten entwikeln sich nicht oder unvollkommen. Die Intelligenz wird allmälig stumpfer, eine misstrauische schwermüthige Stimmung stellt sich ein und häufig verfallen diese Individuen nachträglich in Blödsinn.

Die Sprechfehler bleiben sich im Laufe der Zeit selten gleich. Sie haben vielmehr eine Art von Verlauf. Im kindlichen Alter bei allen Menschen in grosser Menge vorhanden, erhalten sich einzelne davon in mehr oder weniger bedeutender Ausdehnung und Hartnäkigkeit. Mit der Ausbildung und Kräftigung der Organe verschwinden sie sämmtlich oder bessern sich wenigstens. Wo sie nicht verschwinden, treten sie gemeiniglich zur Zeit der natürlichen Altersdecrepidität aufs Neue stärker hervor und werden zugleich wieder zahlreicher.

Ausserdem kann eine vorübergehende Unpässlichkeit, Schwächung aus irgend einem Grund, sei es allgemein, sei es Schwächung des Gehirns, sei es Schwächung, Ermüdung der Sprachorgane selbst, ja sogar schon Trokenheit der leztern die Sprechfehler steigern und zuvor wenig bemerkliche hervortreten lassen.

III. Die wesentliche und gründliche Behandlung der Sprechfehler besteht in Beseitigung und Ermässigung der Ursachen und in methodischer Uebung.

Die erstere Indication hat begreiflich einen nach den verschiedenen Umständen höchst mannigfaltigen Inhalt. Sie genügt, wenn der Sprechfehler neu ist; sie reicht nicht zu, wenn er bereits habituell geworden ist. Die unermüdliche Erfüllung der

zweiten Indication kann sogar dann zuweilen noch wenigstens Besserung und Ermässigung der Anomalieen des Sprechens bewerkstelligen, wenn die ursächlichen Verhältnisse nicht oder nur unvollkommen beseitigt werden können. Die Uebung kann selten von dem Kranken allein genügend durchgeführt werden. Vielmehr bedarf es einer steten Beaufsichtigung durch einen mit dem Gegenstand vertrauten Lehrer und einer den Umständen angepassten mannigfaltigen Modificirung der Sprechübungen, zum Theil mit Benüzung und Unterstüzung von instrumenteller Vorrichtung um die widerspenstigen Organe zu überwinden.

Auf die verschiedenen cerebralen, constitutionellen und localen Causalbeziehungen der Therapie hier einzeln einzugehen, kann nicht verlangt werden. Es ist jedoch zu bemerken, dass mehrere in neuerer Zeit üblich gewordene örtliche Einwirkungen, wenn sie von Erfolg, nicht anders wirken, als indem sie eine dem Sprechfehler zu Grunde liegende örtliche Bedingung entfernen. Hieher gehören namentlich die durch meist unpassende Anwendung berüchtigt gewordenen Einschnitte und Ausschnitte an der Zunge. — Die Uebungen des Sprachorgans können unter manchen Umständen gleichfalls als Causalindicationen angesehen werden, sie sind bei allen länger dauernden Sprechfehlern unentbehrlich; auch bei der Myotomie müssen sie nachfolgen, wenn diese nicht vergeblich sein soll. Beim Stottern ist die Hauptsache, durch rhythmisches Sprechen, durch Sprechen nach dem Takt, durch Singen, durch allmäliges Fortschreiten vom Leichteren zum Schwereren, vom Einfachen zum Verwikelten und Zusammengesezteren das Organ einem geordneten und sicher wirkenden Willenseinflusse mehr und mehr zu unterwerfen. Bei der üblen Pronunciation ist die Aufmerksamkeit des Individuums auf die Art, wie andere den Laut bilden und auf seine eigenen Fehler dabei, und gehörige Willensenergie diese zu vermeiden, der Kern der Therapie. — Eine methodische (am zwekmässigsten in einer geeigneten Anstalt begonnene) Uebung gibt eine höhere Aussicht, mindestens auf Besserung des Uebels. Nur kann man dabei ziemlich gewiss sein, dass wenn später die Uebungen nicht fortgesezt oder lässig betrieben werden, das Uebel wiederkehrt.

Die Cur der Stummheit hat zunächst auf die Ursachen die grösste Aufmerksamkeit zu wenden und muss suchen, sie zu beseitigen (Behandlung des Mundes, der Zungendifformität, der Taubheit, der Gehirnkrankheit). Daneben oder auch wenn die Ursachen nicht anzugreifen sind, muss ein methodischer Unterricht eintreten, der bei Mangel an Gehör diesen Sinn durch den Gesichtssinn nach Möglichkeit zu ersezen sucht und darauf hinzuwirken trachtet, durch Vorzeigen der Stellungen der Mundtheile für die verschiedenen Laute die Nachahmung zu reizen und die entsprechenden Töne, soweit es geht, hervorzurufen. Zugleich ist darauf zu sehen, dass beim Mangel der Sprache die Intelligenz durch andere Anregungen und Mittel der Mittheilung ausgebildet und rege und frisch erhalten werde.

4. Complexe Lähmungen der Antlizprovinz.

S. Hemiplegie und allgemeine Cerebralparalyse.

II. ANATOMISCHE STÖRUNGEN DER GEWEBE DER ANTLIZFLÄCHE.

A. ANGEBORNE ANOMALIEEN.

Die angebornen Anomalieen der Weichtheile der Antlizfläche fallen theils zusammen mit Monstruositäten der unterliegenden Knochen, der Nachbarhöhlen, des Gehirns, der gesammten allgemeinen Bedekungen (Albinismus) und der Gesammtconstitution, hängen von diesen ab und sind neben ihnen eine untergeordnete und wenig beachtete Difformität. Theils sind die angebornen Anomalieen auf die Antlizfläche beschränkt: Vitiligo, abnorme Behaarung, Telangiectasieen, Warzen (Naevi materni), Hypertrophie des Panniculus adiposus.

Alle diese Abnormitäten haben practisch nur chirurgisches Interesse und erfordern, soferne sie überhaupt beseitigt werden können, operative Hilfen.

B. ANÄMIE.

Die Anämie der Antliz-Cutis stellt niemals eine isolirte Störung dar, sondern fällt mit allgemeiner Anämie zusammen und ist deren entscheidendstes Merkmal.

Die Blässe des Gesichts gilt mit Recht als eines der sichersten Indicien und als einer der besten Maassstäbe bestehender allgemeiner Blutleere. Doch sind mehrere Cautelen nöthig, um nicht in Irrthum zu verfallen und Folgerungen zu ziehen, die möglicher Weise dem Kranken sehr nachtheilig werden können. Die Coloration des Antlizes hängt nämlich nicht allein von der Menge des in ihm circulirenden Blutes, sondern auch von der Schichtung und Durchsichtigkeit der Epidermis, von der Pigmentirung der Haut, von der Structur der Cutis und von dem Caliber der oberflächlichen Gefässe ab. Es gibt viele Individuen, welche sehr auffallend brennend rothe Wangen haben und gerade diese sind gewöhnlich anämisch: der übrige Theil der Gesichtscutis contrastirt durch seine Blässe mit der Injection der wahrscheinlich sehr weiten Wangengefässe und die Wange selbst ist höchst geneigt, bei einer geringen weiteren Verminderung des Bluts zu erbleichen. Andererseits finden sich viele Individuen, die habituell ein blasses Gesicht haben, ohne anämisch zu sein. Einen weit richtigeren Maassstab als die Färbung der Antlizcutis und namentlich der Wangen liefert darum der Grad der Röthe der Lippen, der Thränencarunkel und der Lidconjunctiva. — Eine weitere Täuschung kann bei Individuen stattfinden, welche eine ungleichförmige Blutvertheilung und Blutbewegung haben, bei welchen neben Blässe des Gesichts Blutüberfüllung anderer, namentlich innerer Theile besteht, oder bei welchen in kurzen Zeitintervallen eine blasse, scheinbar Anämie ankündende Antlizfläche mit der lebhaftesten Injection wechselt, ein Verhalten, was ebensowohl bei Anämischen als bei Plethorischen vorkommt, und nicht nur an der Cutis, sondern oft auch in der Coloration der Lippen, Carunkel und Conjunctiva sich äussert.

C. HYPERÄMIEEN.

Alle Formen der Hyperämie, welche an der Cutis beobachtet werden, kommen auch auf der Antlizfläche vor; sie sind auf ihr nicht nur häufiger als an irgend einer andern Stelle des Körpers, finden sich oft isolirt daselbst, sondern sind meist intensiver als anderwärts.

Der Gesichtshaut eigenthümliche Hyperämieen sind:

Die flüchtige Congestion, welche auf psychische Eindrüke eintritt (Schamröthe) und bei manchen Individuen durch die Häufigkeit ihrer Wiederholung, durch ihr Missverhältniss zu den Veranlassungen und durch das Zurüklassen mehr oder weniger persistenter, zuweilen über Hals und Brust sich erstrekender Erytheme pathologische Bedeutung erhält;

die chronische, habituell werdende Hyperämie der Nasen- und Wangengegend, welche am häufigsten bei Säufern, doch auch zuweilen bei andern Individuen sich einstellt, die bei den geringsten Graden durch das Hervortreten einzelner ausgedehnter Capillarien und kleiner Venen sich auszeichnet, in höheren Graden (Gutta rosacea) und bei langer Dauer mannigfache Gewebsveränderungen der Cutis und des subcutanen Bindegewebs zur Folge hat;

die Fieberröthe, die wenigstens meist sich nur im Antliz zeigt;

die einseitige umschriebene Wangenröthe, welche bei Pneumonieen und manchen andern Brustaffectionen zuweilen in höchst auffallender Weise sich einstellt;

die intensive umschriebene Röthe einer, zuweilen beider Wangen, die sich vor und bei dem Zahndurchbruche bei kleinen Kindern zu zeigen pflegt.

Die Hauthyperämieen des Antlizes sind wie an andern Körperstellen theils diffus: Erytheme, Erysipelas, confluirendes Scharlach, selten confluirende Masern, ferner einige Formen von Hauthyperämieen, welche andern Hauterkrankungen vorangehen oder sie begleiten; ferner Schamröthe, Fieberröthe etc.;
theils disseminirt: Roseolae, Masern und die Initialhyperämieen der Exsudationsprocesse.

Bei den diffusen hyperämischen Erkrankungen der Haut besteht zuweilen eine nicht unbedeutende Schwierigkeit, sie von habitueller Röthe des Gesichts und von Fieberröthe zu unterscheiden. Doch lässt meist die schärfere Abgrenzung der Röthe bei den ersteren, die flekigen Stellen, die sich bei ihnen an dem Uebergang in die gesunde Haut zeigen, die Unterscheidung ziemlich frühzeitig zu. In zweifelhaften Fällen entscheidet die weitere Beobachtung des Verlaufs, indem bei habitueller Röthe keine Veränderung in der Färbung eintritt, die Fieberröthe nur an Intensität zu- oder abnimmt, nicht aber an Umfang, die hyperämischen Hautaffectionen dagegen nicht bloss an der befallenen Stelle selbst rasch oder allmälig sich modificiren, sondern über ihren ursprünglichen Umfang hinaus bei der Zunahme der Erkrankung sich zu verbreiten pflegen.

Eine zweite Schwierigkeit bei der Beurtheilung der Antlizhyperämie besteht während der ersten Tage ihres Auftretens in der Unterscheidung solcher Affectionen, die als Hyperämieen ablaufen, von solchen, die sich zu weiteren Gewebsstörungen entwikeln. Diese Frage wirft sich viel häufiger auf bei Hyperämieen des Antlizes, als bei denen des übrigen Körpers, weil jene fast immer den Anfang der ganzen Hautkrankheit darstellen und die Hyperämieen des übrigen Körpers erst zum Vorschein kommen, wenn auf dem Antliz das Schiksal des localen Processes bereits sich entschieden hat. In dieser Weise sind namentlich die disseminirten Hyperämieen, welche man als Roseolae bezeichnet, sowie die Masern sehr häufig im Anfange nicht von Variolformen, oft auch nicht von Quaddeln zu unterscheiden. Auch die Psoriasis kann zuweilen beim Beginn für eine als Hyperämie ablaufende Affection gehalten werden. Bei Herpesgruppen ist es oft mehrere Tage unentschieden, ob nur ein bedeutungsloser rother Flek vorliege oder eine Bläscheneruption in Aussicht stehe. Ebenso verhält es sich bei der Impetigo. In allen diesen Fällen ist die Diagnose nicht zu übereilen und hat man aufmerksam jede einzelne Stelle auf die erste Spur einer Weiterentwiklung des Exanthems zu verfolgen.

Nicht minder wichtig und nicht weniger schwierig ist die Frage, ob eine entstehende Hauthyperämie des Antlizes eine locale und von topischen Ursachen abhängige, oder eine von constitutionellen Erkrankungen bestimmte sei. Man kann die Entscheidung dieser Frage um so weniger jedesmal im individuellen Falle beanspruchen, als bei vielen Hautaffectionen selbst in ihrer vollendeten Entwiklung principiell nicht ausgemacht ist, ob sie ausschliesslich locale Uebel oder nur der Ausdruk einer allgemeinen Störung sind. Um so weit wie möglich zu einer Beantwortung der Frage zu gelangen, muss einerseits auf etwaige örtliche schädliche Einwirkungen genau untersucht werden, andererseits Rüksicht auf bestehende oder vorangegangene Zeichen solcher Constitutionskrankheiten genommen werden, welche erfahrungsgemäss mit hyperämischer Hautaffection des Antlizes verlaufen, und es kann sich sehr wohl treffen, dass eine Erkrankung trozdem, dass sie mit einem und demselben Namen bezeichnet wird, das eine Mal als locale, das andere Mal als constitutionell begründete angesehen werden muss, z. B. das Erythem der Gutta rosacea. Bei der Beurtheilung der constitutionellen Aetiologie der Antlizhyperämieen hat man eingedenk zu sein, dass bei acuten Constitutionskrankheiten die Hautaffection mit plözlicher Intensität, jedoch meist unter Vorausgehen mehr oder weniger über den Organismus verbreiteter Symptome zum Ausbruch kommt, meist wenigstens im Anfang disseminirt ist und einen typischen Verlauf einhält. Bei chronischen Constitutionskrankheiten dagegen pflegt die Hautkrankheit in successiven Eruptionen zu verlaufen, von örtlichen Einflüssen wenig, um so mehr aber von zunehmenden Störungen des Gesammtbefindens influenzirt zu werden.

Einen ausgezeichneten Fall, in welchem eine habituelle Wiederkehr der Schamröthe einen entschieden pathologischen Character annahm und schliesslich mit dem Selbstmord des darüber verzweifelnden Kranken endete, hat Casper (Denkwürd. zur med. Statistik und Staatsarzneik. 1846, p. 163—191) beschrieben.

D. ANOMALIEEN DER SECRETION.

1. Schweisssecretion.

Die Anomalieen der Schweisssecretion zeigen im Gesicht nichts wesentlich von dem Verhalten am übrigen Körper Abweichendes, als dass der

Schweiss des Collapsus vornehmlich im Antliz und namentlich an der Stirn vorkommt. — Oertliche Schweisssucht ist nicht selten, qualitativ anomaler, zumal stinkender Schweiss nur ausnahmsweise auf das Antliz beschränkt. — Sudamina finden sich ziemlich selten im Gesicht und stets nur dann, wenn sie auch am Truncus reichlich sind.

2. Talgsecretion.

Die Anomalieen der Talgsecretion sind ganz vorzugsweise im Antliz zu beobachten.

Siehe II. 175.

E. ANOMALIEEN DER EPIDERMISPRODUCTION.

Alle Formen von Schuppen kommen im Antliz vor, aber nur die Pityriasis ist zuweilen auf diese Gegend dauernd beschränkt. — Ebenso finden sich die meisten übrigen Anomalieen der Epidermisproduction auf dem Antliz, häufig besonders die Cornua, an der Ohrgegend nicht selten die Intertrigo.

Sobald eine Anomalie der Epidermisbildung auf die Antlizhaut beschränkt ist und es längere Zeit bleibt, ist die Annahme örtlicher Ursachen und daher ein topisches Einschreiten gerechtfertigt. Wenn dagegen die Anomalieen zugleich an andern Stellen des Körpers sich zeigen, so fällt ihre Beurtheilung mit denen der allgemeinen Hautkrankheiten zusammen. — Es ist bemerkenswerth, dass die meisten Formen von anomaler Epidermisproduction in der Antlizfläche weniger intensiv zu sein pflegen, als auf dem übrigen Körper, namentlich die Ichthyosis, die Psoriasis, die Lepra. Nur die Pityriasis und die squamösen Syphiliden sind zuweilen im Gesicht stärker entwikelt als anderwärts.

F. EXSUDATIONEN.

Die mannigfaltigsten Exsudationsformen finden sich auf der Antlizfläche und wenn auch manche daselbst selten sind, so ist doch keine Hauptform ausgeschlossen.

1. Die Krusten und Borken kommen in der mannigfaltigsten Form und Ausbreitung auf der Antlizfläche vor und bedeken diese zuweilen wie eine Maske. Sie stammen von folgenden verschiedenen Hauterkrankungen:

von Intertrigo (ziemlich selten und meist nur in der Ohrgegend, zuweilen am Mund);

von Stearrhoe, (am meisten im Gesicht, besonders an der Nase, um die Augen, an der Bake; von weisser, gelblicher, grauer oder brauner Farbe);

von Eczem, besonders der impetiginösen Form, (sehr häufig bei Kindern, sehr chronisch, von schmuziggelber und brauner Farbe);

von Herpes (besonders an Lippen und Nase und meist von rasch vorübergehendem Bestand);

von Pemphigus (meist zugleich mit Krusten über den grössten Theil des Körpers);

von Rhypia (ziemlich selten im Gesicht, ausser in Folge von constitutioneller Syphilis mit den eigenthümlichen, harten, kegelförmigen, schmuzig und dunkel aussehenden Krusten);

von Impetigo (häufig bei jungen Leuten, meist auf die Mundgegend und

Nachbarschaft beschränkt, zuweilen mit vereinzelten kleineren Borken im übrigen Gesicht, auch zuweilen mit serpiginösem, aber langsamem Fortschreiten von Stelle zu Stelle; dik, derb, ziemlich persistent, von honigartiger, auch grünlich brauner Farbe);

von Variolen (zumal von confluirenden; durch den Allgemeinverlauf der Krankheit genügend characterisirt);

von Ecthyma (vornehmlich der syphilitischen Form; an allen Stellen des Gesichts vorkommend, doch am häufigsten auf der Stirn und an den Seiten der Nase);

von Lupus (welcher wenigstens in einzelnen Fällen an seiner Grenze mit Krusten sich bedekt; am häufigsten, wenn er bei constitutionell Syphilitischen auftritt);

von Geschwüren (vornehmlich scrophulösen und syphilitischen).

Die Unterscheidung des Ursprungs der Krusten und Borken im Antlize ist zuweilen im hohen Grade schwierig und nicht selten geradezu unmöglich. Man hat Rüksicht zu nehmen:

auf ihre Farbe, welche die Beimischung von Fett, Eiter, Blut, Epidermis, fremden Substanzen und damit zum Theil auch das Alter und die Dauer der Kruste anzeigt;

auf die Dike der Krusten, indem vornehmlich nur Rhypia, Impetigo, Ecthyma und syphilitische Ausschläge sehr dike Krusten, die dünnsten dagegen die Intertrigo, der Pemphigus und kleine Bläschengruppen hervorzubringen pflegen;

auf die mittelst Microscop und Reagentien zu ermittelnde Zusammensezung;

auf die Stelle des Sizes, welcher sehr häufig mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf den Ursprung schliessen lässt (syphilitische Krusten an der Stirn, Nasengegend, Herpeskrusten an der Lippe, Lupuskrusten an der Bake etc.);

auf ihre Gruppirung;

vornehmlich aber auf die begleitenden Affectionen, die freilich oft nur in sehr unvollkommenen Spuren neben den Krusten bestehen und nicht selten erst bei Abwarten des weiteren Verlaufes deutlich erkannt werden. Durch dieses Moment vornehmlich lässt sich mit einer gewissen Sicherheit auf den der Krusten- oder Borkenbildung zu Grunde liegenden Process schliessen.

2. Von den Exsudationen in die obersten Schichten der Cutis und zwischen die Cutis und Epidermis zeigen:

a) die Knötchenformen im Antliz nichts Eigenthümliches;

b) die Quaddeln kommen im Antliz nur selten vor;

c) die eczematösen Eruptionen sind häufig, und zwar bald auf das Antliz beschränkt, bald im Verein mit eczematösen Ausschlägen anderer Theile; das Eczema impetiginodes ist im Antliz die gewöhnlichste Form;

d) der Friesel findet sich auf der Gesichtsfläche seltner und in geringerem Grade, als auf den übrigen Theilen des Körpers, namentlich als auf dem Truncus;

e) von den Herpesformen ist der irreguläre Lippenherpes nicht nur im Antliz die häufigste, sondern überhaupt die alle anderen Herpesformen sämmtlicher Körperstellen im Vorkommen überwiegende. Ziemlich selten ist der Herpes zoster im Antliz, der Herpes circinatus, der bei seinem Chronischwerden Veranlassung zu Verwechslungen mit Lichen circumscriptus und selbst mit Lupus geben kann und der Herpes iris. Noch ungewöhnlicher sind die Formen des Herpes phlyctaenodes und Herpes squamosus im Gesicht;

f) der Pemphigus solitarius ist ziemlich selten im Antliz, während bei

verbreitetem Pemphigus auch dieser Theil der Haut ergriffen zu werden pflegt, wiewohl gemeiniglich erst später, als die übrigen;

g) die Acne simplex ist eine der gemeinsten Affectionen des Antlizes, pflegt bei mässiger Verbreitung kaum beachtet zu werden, stellt dagegen bei grosser Hartnäkigkeit und beim Uebergang in Acnetuberkel eine nicht unwichtige Affection dar;

h) der Impetigo ist schon bei den Krusten gedacht;

i) die Variolpusteln treten im Antliz gemeiniglich am frühesten auf, stehen dort am dichtesten gedrängt und haben die grösste Neigung zu confluiren, vornehmlich in der Gegend zwischen Nase und Baken;

k) die Rozpusteln verbreiten sich zunächst über die Umgegend der Nasenöffnungen;

l) das Ecthyma kommt seltner im Antliz, als an anderen Theilen des Körpers vor;

m) von syphilitischen Pusteln kommen theils kleine acneartige, theils variolartige, welche beide Formen den früheren Stadien der secundären Lues angehören, theils ecthymaartige (Symptome der inveterirten Krankheit) vor. Die beiden ersten Formen sind meist zahlreich über das ganze Antliz, doch vornehmlich auf der Stirn und in der Nähe der Nasenflügel verbreitet; das syphilitische Ecthyma tritt anfangs sparsam in einzelnen Pusteln auf und vervielfältigt sich meist nur bei fortdauerndem Mangel an Pflege und Behandlung.

Bei den Exsudationen in den obersten Schichten der Antlizcutis macht die Entscheidung der speciellen Krankheitsformen nur dann Schwierigkeit, wenn die Exsudation erst im Beginn der Entwiklung oder wenn sie schon in der Abheilungsperiode ist. Weit schwieriger und meist auch wichtiger ist es zu bestimmen, ob die Erkrankung von localen Ursachen abhänge oder eine constitutionelle Grundlage habe, und in lezterem Falle, welche diese sei. Besonders bieten in dieser Hinsicht die Knötchen und Pusteln der Variola und der secundären Syphilis zuweilen, zumal im Anfange, einige Schwierigkeit der Differentialdiagnose, die jedoch durch die polymorphen Gestaltungen der Syphilide und durch die Beobachtungen des weiteren Verlaufes bald gehoben werden kann.

3. Die festeren Infiltrationen in die tieferen Schichten der Haut sind an keiner Stelle des Körpers so gemein, wie im Gesicht. Die disseminirten Acnetuberkel kommen vorzugsweise, das Mentagra und die Acne rosacea ausschliesslich in der Antlizprovinz vor. Die Vitiligoidtuberkel sind bis jezt nur im Antliz beobachtet. Der Lupus hat seinen überwiegend häufigen Siz an Nase und Baken. Die syphilitischen Tuberkel sind in ihren schwereren Formen am häufigsten auf der Stirn, an der Nase und sodann im übrigen Antliz zu beobachten. Die Entstellungen durch Elephantiasis treffen vorzugsweise das Antliz.

Auch bei den festen Infiltrationen der tieferen Schichten der Haut ist immer die wichtigste Aufgabe der Diagnose die Entscheidung, ob dieselben localen oder constitutionellen Ursprunges seien, und in lezterem Falle wiederum die Frage, ob sie als Symptom der Lues betrachtet werden müssen oder nicht. Selten bestehen syphilitische, die tieferen Hautschichten ergreifende Tuberkel ohne gleichzeitig andersgestaltete Formen von syphilitischer Erkrankung der Haut oder sonstiger Theile. Ueberdem zeigen in zahlreicher Menge auftretende syphilitische Tuberkel ein Verhalten, das wenigstens bei mehrtägiger Beobachtung mit nichts Anderem verwechselt werden kann. Sparsame syphilitische Tuberkel im Gesicht characterisiren sich genügend durch ihren Siz und entweder durch ihre Grösse, oder wenn sie klein sind, durch ihre gruppirte Stellung.

4. Von den eitrigen und jauchigschmelzenden Infiltrationen der tieferen Hautschichten sind die Furunkel seltner im Gesicht, als an andern Stellen des Körpers, Carbunkel dagegen von spontaner Entstehung wie contagiöse zeigen sich im Antliz nicht ungewöhnlich.

Dieselben sind im Antliz schon darum von besonderer Wichtigkeit, weil sie selbst im Falle vollkommener Heilung durch den entstandenen Substanzverlust und die darauffolgende sich contrahirende Narbe zu den grössten Entstellungen Veranlassung geben, durch Herabziehen des untern Auglids den Bulbus entblössen, den Mund verzerren und das Zahnfleisch blosslegen, überhaupt in ähnlicher Weise wirken, wie ergiebige Brandverlezungen der Antlizfläche.

5. Unter den Exsudationen und Infiltrationen in den subcutanen Weichtheilen ist das Oedem im Gesicht häufig früher bemerklich als an irgend einer andern Stelle und zumal die Augenlider und die untere Bakengegend wird von demselben vorzugsweise befallen. Auch isolirte Oedeme des Antlizes, für sich entstehend oder in Folge von Affectionen der Haut selbst und anderer nahegelegener Theile, sind häufig im Antliz zu beobachten.

Eine Art Infiltration der Haut und der subcutanen Gewebe ist vornehmlich an Nase und Lippen bei Scrophulösen so gemein, dass sie als characteristisches Merkmal gilt.

Die Zellgewebssclerose der Neugebornen erreicht selten das Antliz.

Derbe, chronische oder eitrige Infiltrationen des subcutanen Zellstoffs verhalten sich in der Antlizprovinz nicht anders als an andern Theilen und haben den Character phlegmonöser Entzündungen des Bindegewebs.

Von den localen Infiltrationen des subcutanen Zellstoffes sind die ödematösen am häufigsten um die Auglider, die derben am häufigsten an den Lippen zu bemerken und leztere gehen nicht selten ganz oder theilweise in Abscedirung über. Sie kommen zuweilen durch Gelegenheitsursachen zustande. Bei manchen Individuen besteht eine wahre habituelle Disposition zu Lippenentzündungen, die immer von Zeit zu Zeit bald spontan, bald durch irgend eine geringe Veranlassung auftreten. Bei acuter Entzündung der Lippe schwillt unter dem Gefühl von Spannung und Hize die Lippe auf, wird stark geröthet und empfindlich für Berührung, die Bewegung erschwert und die hartgewordene Lippe stülpt sich häufig etwas um. Der Speichel läuft, wenn die untere Lippe wie gewöhnlich afficirt ist, wegen mangelhaften Schlusses des Mundes ab. Diese Anschwellung löst sich entweder nach einigen Tagen wieder, oder es bilden sich Verschwärungen an der Innenseite der Lippe unter fortdauernder Infiltration des Organes und zunehmender Salivation. Diese Geschwüre können sich auf der Schleimhaut der Mundhöhle weiter ausbreiten (s. Stomacace), oder endlich es erhebt sich an der Stelle, wo die Lippe an das Zahnfleisch sich sezt, eine Geschwulst, in der bald ein klopfender Schmerz sich zeigt, Fluctuation sich herstellt, bis die Geschwulst aufbricht und eine ziemliche Menge Eiters ergiessen kann. Gewöhnlich schliesst sich der entleerte Abscess mit Leichtigkeit. Bei Individuen dagegen, welche schon häufig Lippenentzündungen gehabt haben, oder bei welchen die Lippenentzündungen misshandelt werden und fortwährend nachtheilige Einflüsse stattfinden, kommt es entweder gar nicht zur Abscessbildung, sondern zieht sich die Affection in die Länge, oder bleibt nach der Entleerung des Eiters eine Verhärtung zurük mit mehr oder weniger starker Anschwellung und Entstellung der Lippen. Von der Zeit an bleibt die Neigung zu Recidiven gross. Die Lippen solcher Individuen sind dauernd verdikt, unförmlich gewulstet und auf dem Saume wie auf der Schleimhautseite mit leichtblutenden Schrunden, oft mit Krusten bedekt. Besonders ist diese Veränderung an der Unterlippe gemeiniglich sehr entwikelt und diese wird dadurch fast unbeweglich. — Die chronische Infiltration ist niemals, die acute nur höchst ausnahmsweise mit irgend beträchtlichen allgemeinen Erscheinungen verbunden, doch können etwas Appetitlosigkeit, Zungenbelege, leichte Fieberbewegungen bei der acuten Erkrankung oder bei einer Exacerbation des Uebels eintreten. — Die Kur kann bei acuten Entzündungen im Anfang in örtlicher Blutentziehung bestehen, wenn die Schwellung be-

trächtlich ist und rasch zunimmt. Auch können Laxantien mit Vortheil gegeben werden. Jedenfalls ist Diät zu halten, bei vermutheter Abscedirung ein kleines Cataplasma anzuwenden und der Eiterherd zeitig zu öffnen. Bei Indurationen lässt man fortwährend eine milde Diät eintreten zu lassen und die Jodsalbe einzureiben. Bei grosser Hartnäkigkeit kann man den innerlichen Gebrauch des Jods, des Thrans oder eine Laxirkur versuchen, auch zeitweise oberflächliche Cauterisationen anwenden.

G. HÄMORRHAGIEEN.

Hämorrhagieen kommen in der Haut des Antlizes unter denselben Umständen vor, wie an anderen Stellen. Sie sind in jener bald in Menge überwiegend, bald untergeordnet. Sie zeichnen sich durch die grosse Diffusionsfähigkeit des ausgetretenen Blutes aus, wodurch weit verbreitete, missfarbige Fleken im Umkreise des Blutergusses sich bilden, vornehmlich wenn der Austritt in das schlaffe, subcutane Zellgewebe mit geschehen ist.

H. ABNORME HAAR- UND PIGMENTBILDUNG.

1. Unter den Anomalieen der Haarbildung im Antliz ist namhaft zu machen:

die Entwiklung von Haaren an Stellen, welche normal unbehaart sind und die jedoch selten vorkommende excessive Entwiklung der Barthaare;

die partielle Alopecie bebarteter Stellen, welche durch ähnliche Ursachen herbeigeführt wird, wie die partielle Alopecie der Kopfhaare;

der Weichselzopf der Barthaare.

2. Von den Anomalieen des Pigments kommen alle Formen im Antliz vor und sind in diesem zum Theil häufiger, als irgend wo anders.

I. DIE HYPERTROPHIEEN UND NEUBILDUNGEN IN DEN WEICHTHEILEN DES ANTLIZES.

1. Papillome aller Art sind im Antliz häufig und können hier ihres Sizes wegen wichtiger werden, als an anderen Stellen.

2. Isolirte Fettmassen, Fibroide und Balggeschwülste sind im Antliz nicht so gewöhnlich, wie an anderen Hautstellen und zeigen auch selten ein so ausgedehntes Wachsthum.

3. Die Hypertrophieen der Gesammtschichten der Haut, im Antliz häufig vorkommend, haben daselbst nichts Besonderes, als dass sie durch die grobe Entstellung, welche sie bewirken, lästig werden.

4. Colloidgeschwülste in den Lippen und ihren Drüsen als erbsen- bis bohnengrosse Knoten, die bei Vereinigung von mehreren noch umfangreichere Tumoren bilden, sind nicht selten und nur operativ zu behandeln.

5. Teleangiectasieen befallen die Gesichtshaut wie andere Theile der Körperoberfläche.

6. Von den Krebsformen ist der Epithelialkrebs im Antliz, zumal an den Lippen, die gemeinste; alle andern sind nur ausnahmsweise und meist nur durch Fortschreiten von andern Organen auf die Haut zu beobachten.

K. ATROPHIE.

Die Atrophie der Cutis selbst ist eine Theilerscheinung des Marasmus und gibt auch jüngeren Individuen ein greisenhaftes Ansehen. Atrophie des subcutanen Zellstoffs und der Musculatur fällt häufig damit zusammen.

Atrophieen der Weichtheile des Antlizes kommen, ausser bei Greisen, gewöhnlich nur bei Individuen vor, die an schweren consumtiven Krankheiten leiden. Doch findet man zuweilen bei sonst wohl sich befindenden und nach allen Beziehungen normale Functionen zeigenden Individuen, zumal bei Kindern jungen und vorgerükteren Alters in habitueller Weise einen vollendeten Marasmus der Antlizweichtheile, welcher ihnen das Aussehen decrepider Greise verleiht.

Auch in acquirirter Weise kommt ohne sonstige nothwendige Störung der Schwund in den Antlizmuskeln, meist auch zugleich in der Haut unter allgemeiner, acut oder langsam progressiver Atrophie (Aran's progressiver Muskelatrophie) vor.

Atrophie der Weichtheile einer Gesichtshälfte ist ebenfalls zuweilen beobachtet worden (z. B. ein ausgezeichneter Fall von Moore in Dubl. Quart. Journ. of Med. sc. Aug. 1852, in welchem bei einer seit 8 Jahren begonnenen localen Atrophie in der linken Antlizmusculatur durch Leberthran und tägliche Anwendung des Electromagnetismus einige Besserung bewerkstelligt wurde).

L. PARASITEN.

Von Parasiten ist der Acarus folliculorum der Gesichtshaut eigenthümlich, während die Milbe der Kräze im Antliz selten ist. Die übrigen thierischen Parasiten der Haut können sich auch im Antliz finden.

Die Favusborken kommen nicht leicht auf der Gesichtsfläche allein vor, erstreken sich aber bei gleichzeitigem Favus des behaarten Theiles nicht selten auf das Antliz und zwar so, dass sie bald eine zusammenhängende Borke mit dem Favus der Kopffläche bilden, bald isolirt und in geringerer Ausdehnung an einzelnen Stellen des Antlizes, sowohl an behaarten als unbehaarten vorkommen. — Ueber die Parasiten bei Mentagra, Molluscum etc. s. II. 304.

M. MORTIFICATIONEN.

1. Geschwüre auf der Antlizfläche können entstehen:

durch äussere, directe Einflüsse;

durch vorausgehende Processe, durch welche das Gewebe der Haut entartet;

durch Fortschreiten von Verschwärungsprocessen benachbarter Theile auf die Antlizhaut;

durch abnorme Constitutionsverhältnisse.

Nicht selten unterstüzen sich diese verschiedenen Momente gegenseitig.

Die Geschwüre können sich überall auf der Antlizfläche bilden, doch sind einzelne Stellen vorzugsweise zu solchen geneigt: die Augenwinkel, die Nase, die Lippenwinkel, die Ohrgegend.

Die Geschwüre zeigen alle Formen, welche an anderen Stellen der Haut vorkommen; dagegen sind die einzelnen Theile des Antlizes zu verschiedenen Formen der Geschwüre überwiegend geneigt, die Stirne und

die Wange zu runden und nach der Fläche depascirenden Geschwüren, die Augenwinkel zu runden Geschwüren und zu Rhagades, die Nase zu Geschwüren, welche in die Tiefe fressen, die Winkel an den Lippen und am Ohre zu Rhagades.

Die Heilung der Geschwüre geschieht an der Gesichtsfläche im Allgemeinen leichter, als an anderen Stellen der Haut, wird aber erschwert und verhindert durch fortgesezte nachtheilige örtliche Einwirkungen, durch die Entartung der Nachbartheile und des Bodens des Geschwürs, durch Krankheiten der Constitution.

Sehr ausgedehnte und scheinbar hartnäkige Geschwüre können auf der Antlizhaut zustandekommen durch nichts, als fortgesezte nachtheilige Einflüsse, selbst wenn diese der geringfügigsten und unschuldigsten Art sind, so namentlich an den Lippenwinkeln, am Ohre, und es genügt in solchen Fällen eine aufmerksame Abhaltung jeder äussern Schädlichkeit zur Einleitung der Heilung. — Die wichtigsten schwereren Geschwürsformen, welche an der Gesichtsfläche vorkommen, sind: die syphilitischen Geschwüre, die scrophulösen Geschwüre, die Lupusgeschwüre und das Krebsgeschwür. Diese Formen bieten um so häufiger Schwierigkeiten für die Unterscheidung dar, als sie ziemlich dieselben Stellen des Antlizes vorzugsweise befallen und wenn sie inveterirt und vernachlässigt sind, in ihrem Aussehen die grösste Aehnlichkeit bekommen Die am häufigsten von diesen Geschwüren befallene Stelle ist die Nase, welche nicht selten durch dieselben zerstört wird, ausserdem die Bakengegend, die Gegend der Lippen, vom Lupus überdem das Ohr, von syphilitischen Geschwüren die Stirn. In zweifelhaften Fällen muss sich die Unterscheidung häufig allein auf die gleichzeitigen Aeusserungen der constitutionellen Krankheit, der Syphilis, der Scropheln an andern Theilen des Körpers gründen, doch gelingt es wohl auch, durch ein reinigendes und mildes Verfahren die Geschwürsfläche so weit zu vereinfachen, dass die Art des Geschwürs eher erkannt werden kann. Wenigstens ist auf diesem Wege die Unterscheidung der übrigen Geschwürsformen von dem Krebse möglich, der seinen wuchernden und dabei zerstörenden Character auch bei der reinlichsten Behandlung behält, während die anderen Geschwüre unter gleicher örtlicher Sorgfalt wenigstens vorübergehend ein besseres Aussehen annehmen. In manchen Fällen bleibt selbst nichts anderes zur Entscheidung der Natur des Geschwüres übrig, als ein vorsichtiges therapeutisches Experiment, indem das syphilitische Geschwür unter der bekannten Behandlung sich zu bessern anfängt, das scrophulöse bei zwekmässigen Nahrungsverhältnissen häufig ein günstigeres Aussehen annimmt, während das lupöse und krebsige weder durch die eine noch die andere Behandlung berührt wird. — Diese Schwierigkeit der Unterscheidung besteht jedoch nur in inveterirten Fällen, während bei Geschwüren, die von Anfang an, oder doch frühzeitig zur Beobachtung kommen, die anderwärts erörterten Charactere eine sichere Diagnose zulassen.

2. Der Brand im Antliz kommt vor:

als Noma und Lippenbrand, welche meist von der Schleimhaut, doch zuweilen auch von der äussern Haut beginnen, wovon bei den Affectionen der Mundhöhle;

als Brand durch Frost;

in der Form der Pustula maligna (Milzbrand);

als Hospitalbrand, nach vorangegangenen Hautverlezungen durch stattfindende Infection derselben;

als consecutiver Brand bei schweren constitutionellen Krankheiten, meist in Verbindung mit Gangrän an andern Stellen und zuweilen auf der Haut des Antlizes determinirt durch angewandte Vesicatore und sonstige Reizmittel.

Der Brand des Antlizes verläuft fast ausnahmslos in der Form der *feuchten Gangrän*, und nur in einzelnen Fällen des consecutiven Brandes

kommen Vertroknungen und Mumificationen an Nase, Stirn, Kinn, Vesicatorstellen vor.

Der Verlauf des Brandes in der Antlizfläche ist an sich nicht ungünstiger als an andern Stellen des Körpers, beschränkt sich häufig spontan, wenn nicht die Mortification schon bis zu den Knochen vorgedrungen ist, in welchem Fall ein dauernder, ununterbrochener und bis zur Vernarbung fortschreitender Heilungsprocess nur sehr ausnahmsweise erfolgt. — Die Heilung in allen irgend ausgedehnten Gangränescenzen im Antliz geschieht durch entstellendes Narbengewebe, welches auf den grossen Flächen durch Heranziehen der Nachbartheile und selbst entfernter Partieen bei seiner spätern Constriction, an dem Mundeingang durch Verwachsung der Lippen lästige Folgezustände herbeiführt.

Die begleitenden Erscheinungen beim Antlizbrand sind im Durchschnitt beträchtlicher, als bei der Gangrän andrer Theile; zumal heftige Gehirnsymptome, Miterkrankung der Mundhöhle und daher Kau- und Schlingbeschwerden, Anschwellung der Lymphdrüsen und intensives Fieber werden beobachtet.

Die Behandlung des Antlizbrandes hat das Eigenthümliche:

dass Caustica nicht allenthalben angewandt werden können;

dass auch warme Ueberschläge häufig der Kopfcongestionen wegen vermieden werden müssen;

dass operative Hilfe wegfällt;

dass in der Reparationsperiode besonders darauf zu achten ist, die Entstellung des Gesichts durch Umstülpung und Verziehung des Augenlids und vornehmlich die Verwachsung der Mundöffnung zu vereiteln.

III. ANATOMISCHE STÖRUNGEN IN DER NASENHÖHLE.

A. ANGEBORNE ANOMALIEEN.

Die angeborenen Anomalieen stammen grösstentheils aus dem frühesten Fötalzustande und sind:

Mangel der Nase, Imperforation, Enge der Nasenhöhle, Grössenexcess, Spaltungen.

Die meisten erheblichen Missbildungen der Nase finden sich nur bei lebensunfähigen Früchten neben schweren andern Monstrositäten. Von practischem Interesse ist nur eine beträchtliche Enge der Nasenöffnungen, welche im Säuglingsalter das Saugen erschwert oder verhindert und auch später zu Krankheiten des Canals disponirt.

B. HYPERÄMIEEN, CATARRHE, ENTZÜNDUNGEN UND GESCHWÜRE DER NASENHÖHLE.

Die Hyperämieen der Nasenhöhle und der Stirn- und Oberkieferhöhlen kommen nicht leicht isolirt zur Beobachtung, vielmehr schliesst sich so zeitig eine abnorme Secretion oder Exsudation an, dass diese stets die wesentliche Störung darstellt.

Die vorkommenden Störungen, welche theils ihrer Art, theils den Umständen ihres Entstehens nach sich verschieden characterisiren, sind:

1) der primitive, acute Catarrh der Nasenschleimhaut (Coryza acuta);
2) die secundäre und complicirende accessorische acute Coryza;
3) die subacute Coryza;
4) die croupöse Exsudation auf der Nasenschleimhaut;
5) der Abscess unter der Schleimhaut und in der Scheidewand;
6) die einfache chronische Coryza der vordern Nasenhöhle (chronischer Stokschnupfen, Blennorrhoe der Nase);
7) die einfache chronische Entzündung der hintern Nasenhöhle (Catarrh und Blennorrhoe der Choanen);
8) die reactive Coryza;
9) die chronische, scrophulöse Coryza;
10) die gonorrhoische Coryza;
11) die syphilitische Coryza;
12) die Entzündung der Nasenschleimhaut durch Rozcontagium;
13) die Coryza durch Jodintoxication;
14) die Stinknase;
15) die Verschwärungen der Nasenschleimhaut.

Diese verschiedenen Formen schliessen sich zum Theil untereinander an und compliciren sich überdiess mit anderen Störungen oder gehen sie in diese über: Epistaxis, Neubildungen, Verschwärungen. Nicht alle diese Formen sind von gleicher Wichtigkeit. Während die einen zu den seltensten Formen des Erkrankens gehören, werden andere alltäglich beobachtet.

In der früheren Zeit war die Coryza die fast allein beachtete Affection. Die Alten hielten für den Siz des Schnupfens das Gehirn, dessen Säfte nach der damaligen Physiologie durch die foramina cribrosa des os ethmoideum in die Nase ablaufen („destilliren“), daher noch jezt der Ausdruk rhume de cerveau. Erst durch Schneider's Entdekung des anatomischen Verhaltens der beim Schnupfen interessirten Theile (dessen berühmtes Werk in 7 Bänden de Catarrhis Wittenb. 1661) wurde eine rationelle Ansicht über den Nasencatarrh vorbereitet.

Es wurden richtige Vorstellungen über die Coryza gleichsam unmerklich durch die Gesammtentwiklung der medicinischen Anschauungen und vornehmlich durch die anatomischen Untersuchungen über die Krankheiten der Schleimhäute herbeigeführt. — Genauere Darstellungen über Coryza vom neueren Standpunkte aus erschienen vornehmlich von Boucher (Thèse sur le coryza 1826), Chomel und Blache (Dict. en XXX. Art. Coryza. IX. 1835. 134); über chronische Coryza von Cazenave (du coryza chronique. 1835); über Coryza der Kinder von Rayer (Note sur le coryza des enfans à la mammelle 1820); Billard (Traité des maladies des enf. nouveau-nés 1828; 3 éd. 1837. p. 502 ff.); Rilliet et Barthez (Traité des mal. des enf. Tom. I. p. 250 ff.; 2. Aufl. I. 185). — Ueber die croupöse oder diphtheritische Entzündung der Nase vergleiche: Underwood (Kinderkrankh.), West (Lect. on diseases of infancy p. 167), Bretonneau (Recherches sur l'infl. speciale du tissu muqueux 1826), Rilliet und Barthez (op. cit. I. 188). — Ueber Nasenscheidewandabscesse: Arnal (Journ. hebd. VII. 544. zwei Fälle von J. Cloquet); Fleming (Dubl. Journ. IV. 21); A. Bérard (Arch. gén. B. XIII. 408). — Ueber Punaisie vgl. Cazenave (sur le coryza chron. et l'ozène non véner. 1835); Detmold (Holscher's Ann. V. 105).

I. Aetiologie.

A. Die primitive Coryza ist eine höchst gemeine Affection, die von den ersten Tagen des Lebens bis in das höchste Alter vorkommt. In der Jugend, bei zartorganisirten, empfindlichen, verzärtelten Individuen, nach früher überstandenen Coryzen ist sie besonders häufig.

Sie wird hervorgerufen durch örtliche mechanische, chemische, thermische Einwirkungen, durch Erkältungen anderer Theile, namentlich der



Kopfhaut und der Füsse, durch epidemische Einflüsse und wahrscheinlich durch Contagion.

Die Disposition zu Schnupfen ist in hohem Grade verschieden und wechselt selbst bei demselben Individuum im Laufe des Lebens, ohne dass jedesmal die Ursache bekannt wäre. Manche Individuen haben, ohne sonst kränklich zu sein, oft fast den ganzen Winter hindurch, bei jeder nassen Kälte im Sommer Nasencatarrhe, ohne dass diese selbst chronisch werden; vielmehr beginnt nach jedesmaligem acutem Ablaufe der Affection ein paar Tage oder Wochen darauf eine neue. Wahrscheinlich bedingt ein eigner Bau der Schleimhaut diese enorme Empfindlichkeit derselben. Bei Anderen fällt die Geneigtheit zum Schnupfen mit einer grossen Vulnerabilität des Organismus überhaupt zusammen und solche haben bald Coryza, bald Anginen, bald Rheumatismen, Diarrhöen u dergl. m. — Bei vielen Säuglingen beginnt die Coryza am ersten oder zweiten Tage nach der Geburt und wird nicht selten gefährlich. Die Disposition erhält sich in hohem Grade bis gegen das Ende des zweiten Jahres und fängt dann erst an, sich zu mildern Billard (l. c. p. 502) macht darauf aufmerksam, wie constant kleine Kinder, die an den ersten schönen Tagen des Frühjahrs ins Freie gebracht werden, von Coryza befallen werden und schreibt diess, wohl mit Unrecht, einer Art von Insolation zu. Zur Zeit der Pubertät wird die acute Coryza wieder häufiger, als im späteren Kindesalter und die gesteigerte Disposition erhält sich bis in das vorgerükte Mannesalter.

Jede Art von örtlichem Reiz kann Coryza veranlassen: fremde Körper, Staub, Rauch, reizende Dämpfe, Hize und Kälte, scharfer Wind, vornehmlich der schnelle Uebergang aus strenger Kälte in ein stark geheiztes Local. Die durch mechanische Reize hervorgerufenen Schnupfen sind im Allgemeinen geringer und von kürzerer Dauer, als die durch chemische Einflüsse entstandenen und diese im Durchschnitt mässiger als solche, welche durch Kälte oder Hize hervorgerufen werden.

Ohne allen Zweifel werden viele Coryzen nicht durch örtliche Einflüsse, sondern durch Erkältungen mehr oder weniger entfernter Theile, namentlich der Stirnhaut, des Hinterkopfes, der Füsse hervorgerufen und im Allgemeinen sind diese von grösserer Bedeutung. — Hiemit mag es zusammenhängen, dass zeitweise die Coryzen epidemisch herrschen, obwohl ihr Vorkommen zuweilen so verbreitet ist, dass kaum individuelle Erkrankungsursachen in jedem einzelnen Falle angenommen werden können. Die Coryza, welche bei solcher Ausbreitung meist mit Catarrhen der übrigen Luftwege und oft auch mit solchen der Digestionsorgane verbunden ist, auch in ihrem Verlaufe häufig einen eigenthümlichen Character, eine gewisse, wenn auch nur mässige Bösartigkeit zeigt, wird nicht selten zu einer förmlichen Pandemie, welche, soviel man weiss, gewöhnlich ihren Gang über einen grossen Theil der Erde, und zwar meist von Osten nach Westen macht und in demselben Zuge alle paar Jahre beobachtet wird. Man hat diese Epidemieen auch den russischen Catarrh, die Influenza oder die Grippe genannt, obwohl lezterer Ausdruk jezt auch für beschränktere Epidemieen und selbst für sporadische Coryzen gebraucht wird. Nichts ist bekannt, was diese grossen Züge der Krankheit erklären würde.

Man hat neuerdings die verbreitete Ursache solcher epidemischer Nasencatarrhe in den Verhältnissen des in der Atmosphäre verbreiteten Ozons finden wollen, ohne dass dafür jedoch ein strenger Nachweis gelungen wäre. Am verbreitetsten sind die Coryzen bei nasskaltem Wetter, zu Anfange des Winters, bei schnellem Wechsel der Witterung im Winter und beim Thauen im Frühjahre. Aber auch im Sommer haben sie zuweilen eine grosse Verbreitung, und über einen Nasencatarrh mit asthmatischen Zufällen, der bei vielen Menschen im Sommer durch Emanationen des Grases entstehen soll (Catarrhus aestivus, Heufieber), siehe Bostok (Med. chir. transact. XIV, 437) und Elliotson (Vorlesungen, übersezt von Behrend, p. 523). — Die Contagiosität des Nasencatarrhes wird durch das häufige, successive Befallenwerden der Glieder einer Familie wahrscheinlich gemacht und ist eine allgemein verbreitete Annahme.

B. Die accessorische, acute Coryza kommt vornehmlich im Verlaufe der Bronchial- oder Larynxcatarrhe, des Keuchhustens, der Masern und Poken, zuweilen auch der Pneumonie, Scarlatina, des Typhus vor, seltner bei andern Krankheiten.

Die accessorische Coryza bildet bei mehreren Affectionen, namentlich bei den Masern, eine regelmässige Theilerscheinung der Gesammtkrankheit. Auch bei den

übrigen lassen sich meist keine Ursachen auffinden, welche das Hinzutreten der Coryza erklären würden und diese ist häufiger im Anfange jener Krankheiten zu beobachten, als in ihrem vorgerückten Verlaufe.

C. Die **subacute Coryza** hat dieselben Ursachen wie die acute primäre und nimmt ihren langsameren Verlauf nur in Folge gewisser Dispositionen des Individuums oder wegen fortdauernder, nachtheiliger Einwirkung.

Bei kränklichen Individuen, besonders bei scrophulösen Subjecten oder bei solchen, welche schon sehr häufig vom Schnupfen befallen waren, hat die Coryza statt des acuten einen subacuten Verlauf.

D. Die **croupöse Exsudation** ist ziemlich selten, findet sich fast nur bei Kindern, und meist niemals primär, sondern neben schweren anderen Krankheiten.

Der Croup der Nase fällt am ehesten zusammen mit Croup des Rachens und der gesammten Luftwege. Ferner findet er sich bei Scarlatina, Variolen neben schweren Pneumonieen und anderen destructiven Krankheiten des Kindesalters.

E. Die **Abscesse** unter der **Nasenschleimhaut** und in der **Nasenscheidewand** sind am häufigsten traumatischen Ursprungs, jedoch können sie auch die Folge heftiger Coryzen, besonders solcher sein, welche eine Scarlatina- oder Varioleneruption begleiten. Sie kommen aber auch in seltenen Fällen spontan und ohne bekannte Ursache vor.

Die Abscedirungen scheinen mehr bei gestörter Constitution, als bei normaler vorzukommen und sind überdiess nur ausnahmsweise ein primitiver, meist ein secundärer Process.

F. Der **chronische Catarrh** der vordern, wie der hintern Nasenhöhle entsteht aus öfter sich wiederholenden acuten, indem die freien Intervalle immer kleiner werden und zuletzt ganz sich verlieren; auch die durch Infection entstandene Erkrankung wird häufig chronisch. Seltner zieht sich ein einzelner gemeiner acut entstandener Schnupfen durch Misshandlung oder aus andern Ursachen chronisch in die Länge. Dagegen wird eine chronische Coryza nicht ganz selten durch zurükgehaltene fremde Körper oder durch vorhandene Nasenpolypen veranlasst und unterhalten (reactive Rhinitis).

Zuweilen bemerkt man chronische Catarrhe der hintern Nasenschleimhaut unter Umständen, welche ein allgemeines, wenn auch nicht immer näher zu characterisirendes Leiden mit Wahrscheinlichkeit andeuten. So finden sie sich theils neben Affectionen der Brustorgane, des Herzens und den davon abhängigen Allgemeinstörungen, besonders häufig aber im vorgerückten Alter bei jenen Affectionen, welche man in Kürze mit dem Namen der Hämorrhoidalzustände bezeichnet.

An sie schliesst sich die durch ihr anatomisches Verhalten etwas differirende scrophulöse Coryza an, welche, oft durch wiederholte, einfache Catarrhe der Nase vorbereitet, zuweilen ein höchst hartnäckiges Uebel wird und mehr als die einfache Form zu Uebergängen in andere Gradveränderungen geneigt ist. Auch bei syphilitisch inficirten Constitutionen sind häufig hartnäckige Catarrhe und Blennorrhoeen der Nase zu beobachten, welche kaum als eigentlich syphilitische Manifestation, vielmehr nur als ein habituelles Verhalten eines Organs in dem syphilitisch modificirten Organismus anzusehen sind. Der bei chronischen Catarrhen der Nase, aber auch ohne Vermehrung des Secrets zuweilen vorkommende höchst stinkende Geruch aus der Nase findet sich, wenn er nicht, wie meist, eine Verschwärung andeutet, nicht ganz selten bei sonst gesunden Subjecten, jungen, blühenden Mädchen, Kindern, überhaupt bei Individuen mit enger Nase (Punäsie, Stinknase).

Chronischer Nasencatarrh und Punäsie kommen zuweilen nach unterdrükten Fussschweissen, Achselschweissen vor und scheinen in der That die Folge des Verschwindens dieser habituell gewordenen örtlichen Ephidrosen sein zu können.



Bei Kindern sind chronische Catarrhe der Nase selten, wenn sie nicht durch Krankheiten und Anomalieen der Constitution (Scropheln und Syphilis), oder durch locale Verhältnisse unterhalten werden.

G. Die gonorrhoische, die durch Rozcontagium und durch Jodintoxication hervorgebrachte Erkrankung der Nasenschleimhaut haben ihre specifische Aetiologie. Der syphilitische Nasencatarrh entsteht theils als reactive Entzündung um syphilitische Geschwüre in der Nase, theils aber als eigenthümliche Erscheinung der constitutionellen Syphilis, im frühesten Kindesalter in der vorderen Nasenhöhle, bei älteren Subjecten vornehmlich in den Choanen.

Ueber die Umstände der Entstehung dieser Affectionen siehe Band IV (Constitutionskrankheiten).

H. Schleimhautwucherungen in der Nasenhöhle entstehen:
meist in Folge chronischer Catarrhe;
zuweilen unmerklich und ohne bekannte Ursache;
vielleicht zuweilen durch Constitutionserkrankungen, wenigstens überwiegend häufig bei Individuen mit scrophulöser Anlage und mit hereditärer oder sonst inveterirter Syphilis.

Manche Neubildungen, welche sich in der Nasenhöhle finden, entstehen nicht in dieser, sondern in den benachbarten Theilen und dringen nur in diese vor. So können Geschwülste des Gehirns, der Orbita in die Nasenhöhle eindringen, Geschwülste, die in den Knochen entstanden sind, nach Consumtion der Schleimhaut in der Höhle zum Vorschein kommen.

I. Die Verschwärungen in der Nasenhöhle können entstehen:
1. Durch locale Einflüsse, namentlich:
nach Verlezungen, Polypenexstirpationen u. s. f.;
bei chronischen Coryzen;
durch unmittelbare Anstekungen mit Rozgift, durch syphilitisches Contagium;
durch Poken;
durch Fortschreiten eines Geschwüres der Gesichtshaut (äussere Nase, Lippe, z. B. Lupus) oder des Rachens;
in Folge von Necrose und Caries der unterliegenden Knochen.

2. Constitutionelle Verhältnisse begünstigen die Entstehung von Nasenschleimhautgeschwüren, erleichtern die Wirkungen der genannten localen Ursachen und können direct, d. h. ohne sonstige örtliche Einflüsse, Nasengeschwüre zur Folge haben. Vornehmlich sind von solchem Einfluss die constitutionelle Syphilis, die scrophulöse und die scorbutische Constitution; doch scheint jede Art von dauernder Constitutionsanomalie den Uebergang localer Processe in Verschwärungen zu fördern.

II. Pathologie.

A. Fast alle Formen beginnen mit der einfachen acuten Coryza. Diese selbst kann entweder mit örtlichen Störungen ihren Anfang nehmen, oder von mehr oder weniger deutlichen Erscheinungen in andern entfernten oder benachbarten Organen als Vorboten eingeleitet sein.

Die örtlichen Erscheinungen bestehen zuerst in einer meist nur mässigen Hyperämie der Nasenschleimhaut mit Schwellung und Empfindung von Spannung, Hize und Kizeln, woran die äussere Nase und nicht selten deren Nachbarschaft participirt und wobei bald vollkommene Trokenheit, bald sparsame zähe Secretion besteht. Früher oder später nimmt das Secret an Menge zu, wird sehr dünnflüssig, alsdann zäh und ist, obwohl abgestossene Epithelien der Nasenschleimhaut ihm beigemischt sind, farblos. Weiter ändert sich die Secretion in Folge zahlreicher neuer Zellenbildung, wird diker und bald klumpig, bald eitrig.

Diese örtlichen Erscheinungen sind in fast allen Fällen begleitet von mehr oder weniger zahlreichen, jedoch meist ungefährlichen Phänomenen und Vorgängen in andren Theilen. Sie bestehen:

in Mitempfindungen, vornehmlich im Gebiete des Trigeminus, seltner in andern Nerven;

in reflectirten Bewegungen, vornehmlich Niesen, welches am stärksten und häufigsten in der Periode der Trokenheit und der beginnenden Secretion, doch zuweilen episodisch auch noch später eintritt;

in Zeichen der fast immer statthabenden, wenn auch unerheblichen Ausbreitung auf Nachbarorgane: auf die Lippen, die Stirnhöhle, die Mund- und Rachenschleimhaut;

in Erscheinungen constitutioneller Affection, meist von geringfügigem Grade: leichte Fiebersymptome, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Erschwerung der psychischen Functionirung, Verminderung des Appetits, Harnniederschläge, Anomalieen der Schweisssecretion.

Wenn direct reizende Substanzen auf die Nasenschleimhaut eingewirkt haben, so pflegt ohne weiteres eine Hyperämie mit Schwellung und Trokenheit derselben zu entstehen, die sich sofort bald durch eine verstärkte Secretion löst.

In nicht seltenen Fällen geht der Coryza eine leichte Affection in den Nachbartheilen, eine mässige Pharyngitis, Amygdalitis, Laryngitis, selbst zuweilen eine Bronchitis einen oder wenige Tage voran und jene Affectionen verschwinden sofort entweder mit dem Beginn der Nasenschleimhautaffection, so dass es den Anschein einer Wanderung des Krankheitsprocesses hat, oder aber sie dauern fort und compliciren die Coryza.

In den meisten andern Fällen gehen den Veränderungen in der Schleimhaut Erscheinungen voran, die vom Nervensystem abhängen, namentlich zunächst vom Trigeminus, von welchem aus die Affection weiterhin auf Gehirn, besonders Kleingehirn und auch auf Rükenmarksnerven (Cervicobrachialplexus) sich ausbreitet.

Diese Vorboten sind vorzüglich: Eingenommenheit des Kopfs, Stiche in den Ohren, reissende und schiessende Schmerzen auf einer Schläfe, Stirnkopfweh, halbseitiges Kopfweh, oft ausserordentlich heftig im Anfange des Schnupfens und in kurzen Paroxysmen wie bei einer Neuralgie auftretend; allgemeines sehr drükendes Uebelbefinden, Frösteln, Empfindlichkeit gegen Kälte, Mattigkeit; oft auch Schmerzen in entfernten Theilen: Schultern, Schenkeln, Druk auf der Brust. Oft geht auch Lichtscheu, Thränen, Beissen der Augen voran. Diese Erscheinungen dauern oft mehrere Tage.

Das allgemeine Unbehagen und die vagen Beschwerden nehmen zu, es stellt sich sogar zuweilen ein leichtes Fieber ein, der Appetit verliert sich etwas und der Harn zeigt eine Trübung und harnsaure Niederschläge. Der Beginn der Nasenaffection ist häufig durch oft wiederholtes Niesen bezeichnet, an welches nicht selten sogleich die übrige Entwiklung des Processes sich anschliesst, während in anderen Fällen der Nasencatarrh erst Stunden und Tage darauf deutlich beginnt. Die Nase erscheint jezt etwas angeschwollen, ihre Höhle zugleich enger und die sichtbare Schleimhaut etwas geröthet, und nachdem kurze Zeit die Schleimhaut troken war, stellt sich eine dünne, zuweilen zähe Secretion ein unter häufig und in Paroxysmen wiederkehrenden Niesanfällen. Die Oberlippe schwillt an, wird oberflächlich erodirt und die Geruchseindrüke werden nicht mehr empfunden. Meist

wird durch einen mehrstündigen Schlaf, z. B. während der Nacht, der Zustand der Schleimhaut besser, die Secretion erscheint darnach etwas consistenter und sparsamer, aber bald nach dem Erwachen kehren die Zufälle wieder zurük.

Meist zeigen sich zugleich die benachbarten Schleimhäute afficirt: Druk in der Stirngegend, Ohrensausen, einseitige oder beiderseitige Schwerhörigkeit, Schlingbeschwerden, geschwächte und veränderte Stimme, Heiserkeit, Husten, bedeutende Störungen der Verdauung.

Bei reizbaren Subjecten und Kindern nehmen dabei die allgemeinen Beschwerden äusserst zu, und namentlich kleine Kinder erscheinen ernstlich krank. Sie werden äusserst unruhig, ängstlich, wimmern viel, athmen rasch und beschwerlich und schreien kläglich. Der Puls wird bei solchen oft nicht unbeträchtlich beschleunigt und selbst die Körpertemperatur wird erhöht. Werden sie gesäugt, so nimmt, sobald sie an die Brust gehen, die Angst und Unruhe zu; sie können durch die verstopfte Nase nicht athmen und lassen daher die Brust wieder fahren. Hiedurch können Säuglinge leicht zu Grunde gehen: der Mangel an Nahrung und die Aufregung erschöpft sie in kurzer Zeit. Die Grösse der Gefahr hängt hauptsächlich von der natürlichen Enge der Nase, dem Grade der Schwellung und der Zähigkeit der Secretion ab und ist um so grösser, je jünger das Kind. Erwachsene, die sehr reizbar sind, zeigen zuweilen schrekhafte Träume, selbst Delirien.

Selten verschwindet jezt schon die Hyperämie, ohne dass eine stärkere Secretion nachfolgt. Es geschieht diess nur bei sehr leichten Fällen, oder zuweilen dann, wenn der Process auf andere Schleimhäute fortschreitet.

Meist wird die Secretion, wenn der Process nicht (z. B. durch Kälte) gestört wird, in Kurzem reichlicher und zugleich diker, damit nehmen die Beschwerden, wiewohl unter Schwankungen, allmälig ab; der Kopf wird wieder heller, man fühlt sich wohler, munterer. Nachdem einige Tage reichliche Absonderung stattgefunden hatte und sie immer diker und consistenter wurde, verliert sie sich allmälig und der normale Zustand stellt sich her. Die Dauer der ganzen Affection ist, wenn keine Störungen eintraten, 6—10 Tage, um so kürzer, je schneller und vollständiger die Productenbildung eingetreten ist.

Der Verlauf der einfachen, acuten Coryza geschieht zuweilen mit einer ziemlichen Regelmässigkeit, doch meist unter manchen Schwankungen und mit einer grossen Geneigtheit zu Recidiven.

Oft beginnt nach offenbarer Besserung oder auch auf der Höhe der Erkrankung das Niesen aufs Neue und die ganze Erkrankung nimmt wieder das Ansehen an, wie bei ihrem ersten Auftreten, nur dass sie meist bei einer derartigen Recidive heftiger wird, als zuerst.

Die Symptome und der Verlauf der leichten accessorischen Coryzen sind ziemlich ähnlich, wie bei der primären, doch erreichen sie selten, wenn nicht weitere Formen der Erkrankung in der Nasenhöhle eintreten (Pseudomembranen, Pusteln, Geschwüre u. dergl.), den Grad der Symptomenentwiklung, der bei der gemeinen Coryza gewöhnlich ist. — Diese accessorischen Coryzen sind häufig ganz bedeutungslos, andere Male dienen sie wegen der Regelmässigkeit, mit der sie in manchen Krankheiten vorkommen (Masern), als diagnostisches Hülfsmittel. Bei kleinen Kindern, selten bei Erwachsenen können sie auch eine lästige Complication darstellen. Zuweilen endlich scheinen sie auf der Höhe anderer schwerer Krankheiten, namentlich Pneumonieen, eintretend, ein günstiges Ereigniss zu sein.

Die Ausgänge der einfachen acuten Coryza sind:



frühzeitige Genesung, meist schon nach wenigen Tagen und vollständig eintretend;

Uebergang in chronische Affectionen;

Fortschreiten zu heftiger, örtlicher Erkrankung, was selten geschieht, wenn nicht die Ursachen den Character der Infection haben oder sonst sehr nachtheilige Verhältnisse obwalten;

Ausdehnung auf weitere Schleimhäute: sehr gewöhnlich, doch meist unbedenklich; nur bei Kindern oder zuvor kranken Individuen gefährlich;

Tod, selten und nur bei kleinen Kindern.

Die günstige Beendigung der Affection ist so sehr die Regel, dass besonders nachtheilige Verhältnisse obwalten müssen, wenn dieselbe vereitelt werden soll. Selbst

grobe örtliche Insulte können zwar eine Verlängerung der Affection und Wiederholungen von Recidiven zur Folge haben, aber nur selten und unter besonderen Umständen die endliche Heilung verhindern. Die leztere wird aber schon in den Fällen immer länger hinausgeschoben und schliesslich auch unvollständig, in welchen durch sehr häufige Wiederholungen derselben Erkrankung die Schleimhaut Modificationen erlitten hat. Eine bestehende Constitutionserkrankung verhindert oder erschwert ebenfalls die Herstellung. Besonders aber ist diese in den Fällen nicht zu erwarten, in welchen andere locale Processe in der Nase oder ihrer nächsten Nachbarschaft fortwährend den Catarrh unterhalten, so dass aus der ununterbrochenen Chronicität des Nasencatarrhs dann auf verborgene sonstige Störungen (Ulcerationen, Polypen, Caries etc.) geschlossen werden kann, wenn nicht andere Ursachen der Fortdauer der Affection bekannt sind.

Eine Ausdehnung auf andere benachbarte Schleimhäute ist äusserst gewöhnlich und bleibt selten in einem Falle aus, ist aber im Allgemeinen so unerheblich, dass die Affectionen des Rachens, des Larynx, der Bronchien und der Lunge, wenn sie nach einer Coryza entstanden sind, schon wegen dieser Art des Beginns fast immer mit Recht als bedeutungslos angesehen werden können. Von dieser Regel macht nur das kindliche Alter eine Ausnahme, und am meisten das früheste: bei solchen Individuen erfolgt nicht nur mit einer weit grösseren Raschheit die Ausbreitung auf andere Theile, sondern die in dieser entstehenden Erkrankungen sind auch von einer nicht unbedeutenden Gefahr und häufig tödtlich.

Die Ausbreitungen der Coryzen geschehen im Speciellen:

in die Eustach'sche Röhre, welche fast immer ergriffen wird, sobald der Nasencatarrh lebhaft ist, und in welcher nicht selten der Catarrh weit länger anhält, als in der Nasenhöhle und sogar eine mässige, dauernde Schwerhörigkeit zur Folge haben kann;

auf die hintere Rachenhöhle: es entstehen Anginen und Pharyngiten, die aber gewöhnlich von kurzer Dauer sind;

auf Magen- und Darmschleimhaut, woselbst aber meist eine nur höchst mässige, catarrhalische Affection entsteht;

auf den Larynx und die tieferen Luftwege, deren Affectionen den Catarrh der Nase sehr oft lange überdauern;

auf die Kiefer- und Stirnhöhlen, was häufig in geringem, aber selten in bedeutendem Grade geschieht;

auf die Augenschleimhaut, welche meist neben mehr oder weniger reichlichem Thränenfluss bei der Coryza etwas geröthet ist, auf welcher aber auch eine lebhaftere Blennorrhoe entstehen kann;

auf die Haut und das subcutane Zellgewebe des Antlizes, jedoch selten über Lippen- und Nasengegend hinaus.

B. Intensivere Formen des örtlichen Processes sind:

1. In manchen ausgedehnten Epidemieen von Coryzen, zuweilen auch in sporadischen Fällen, finden sich bei Einzelnen höchst intensive Steigerungen der Coryza, wobei nicht nur die Vorboten schwerer sind und länger dauern, sondern die dünnflüssige Secretion in äusserst copiöser Menge und mehrere Tage anhaltend fast in einem ununterbrochenen Flusse ergossen wird. Die allgemeinen Erscheinungen sind in solchen Fällen gleichfalls beträchtlicher; indessen endet die Erkrankung fast immer ohne Hinzutreten weiterer localer Störungen in die Gesundheit.

Die epidemischen Coryzen (Grippe) sind zuweilen nicht heftiger, als die sporadischen Fälle, aber in manchen, zumal in ausgedehnten Epidemieen kommen nicht nur einzelne, sondern zahlreiche Erkrankungen vor, bei welchen der Nasencatarrh zu einer äusserst heftigen Intensität sich steigert, mit grosser Hinfälligkeit und gemeiniglich auch mit schwereren und zahlreicheren weiteren Affectionen complicirt ist. Dem entsprechend zögert die Herstellung, zumal bei älteren Subjecten.

2. In Fällen heftiger traumatischer Entzündung ist zuweilen die Anschwellung der Schleimhaut und der unterliegenden Gewebe ungemein heftig, die Röthe der innern Nasenauskleidung intensiv, ins Bräunliche und selbst Schwarze übergehend, auch die ganze Umgebung ist hyperämisirt und jeder Durchgang von Luft durch die Nase unmöglich gemacht.

Die äussere Nase namentlich ist durch Spannung glänzend und gegen die leiseste Berührung höchst empfindlich. Dieser Zustand ist mit heftiger Unruhe, mit lebhaftem Fieber und zuweilen mit Somnolenz verbunden. Es entwikelt sich nach einigen Tagen eine reichliche Eiterung auf der Schleimhaut, welche meist nur allmälig sich verliert und nach längerer Zeit stellenweise tumorenartige Wulstungen der Schleimhaut, welche den Nasencanal versperren, vor die Nasenöffnung vortreten können und oft noch lebhaft geröthet sind, hinterlassen.

Vergleiche einen Fall dieser Art bei Rilliet u. Barthez I, 196.

3. Die croupöse Affection der Nasenschleimhaut gibt sich dadurch zu erkennen, dass bald nach dem Beginn des Processes eine gelbliche Secretion von fadem oder foetidem Geruch und ichorösem Aussehen in mässiger oder abundanter Menge bald aus einem, bald aus beiden Nasenlöchern ausfliesst. Im Innern der Nase bemerkt man die pseudomembranösen Ablagerungen. Die Nase selbst ist roth, geschwollen, wie erysipelatös, die Respiration laut, beschwerlich und ängstlich. Der offenstehende Mund lässt Zahnfleisch, Lippen und Zunge bald austroknen. Die übrigen Symptome können ebenso von den Affectionen, welche die Coryza begleitet, abhängen, als von dieser: und die Gefahr geht wohl nur bei sehr kleinen Kindern von der lezteren aus.

Bei Billard Fall von einem neuntägigen Kinde, das von einer pseudomembranösen Coryza befallen wurde und nach dem zehnten Tage starb, ohne bedeutende sonstige Veränderungen zu zeigen (504).

Bretonneau hat gleichfalls mehrere Beobachtungen dieser Art; Rilliet und Barthez einen Fall (Archives générales C, XII, 440) etc.

4. Die Bildung von Abscessen unter der Nasenschleimhaut, sowie die Abscedirung in der Nasenscheidewand ist eingeleitet durch eine Geschwulst, die meist unter Schmerzen wächst und schliesslich mit Entleerung von Eiter endet, wonach wegen Consumtion des Knorpels entweder eine Communication der beiden Nasenhöhlen, oder ein Einsinken der Nase zurükbleibt.

Die Affection beginnt mit Röthe, Spannung, Schmerzhaftigkeit und Vergrösserung der ganzen Nase. Sofort zeigt sich entweder in einem Nasenloch, oder bei Abscedirung in der Scheidewand in beiden Nasenlöchern eine sich schneller oder langsamer vergrössernde Geschwulst, oft klein genug, um die Luft noch daneben passiren zu lassen, oft so gross, dass die Nasenwege vollkommen geschlossen sind, selbst die Nasenflügel nach aussen gedrükt werden. Die Geschwulst zeigt später Fluctuation und enthält eine seropurulente Flüssigkeit, in welcher die benachbarten Knorpeltheile der Scheidewand oder äusseren Nase in grösserem oder geringerem Umfange untergegangen sind. Die Wandungen der Geschwulst sind bei dem Abscess der Scheidewand ausser von der Schleimhaut der Nase, noch zum Theil von der fibrösen Membran, welche den Knorpel überzieht, gebildet. Die Schmerzen nehmen mit dem Wachsthum der Geschwulst zu, welche sich übrigens bald rasch, bald langsam entwikelt. In lezterem Falle zeigt sich auf der äussern Haut der Nase zuweilen eine feinere oder gröbere Abschilferung. Verwechselung kann am ehesten mit Polypen der Nase geschehen, besonders wenn die Geschwulst hoch oben sizt. Gelingt es nicht, sich von der Natur der Geschwulst zu überzeugen, so kann ein explorativer Einstich gemacht werden.

5. Die durch Infection hervorgerufenen acuten Entzündungen der Nase nehmen im Allgemeinen einen intensiveren Verlauf.

Bei den gonorrhoischen Nasenschleimhautentzündungen, welche jedoch ziemlich selten sind, schwillt die Schleimhaut beträchtlich an, eine eitrige, sehr reich-

liche Exusudation entwikelt sich, während Nasenlöcher und Oberlippe erodirt werden und die äussere Nase mehr oder weniger voluminös wird. Der Verlauf zieht sich durch Entstehung von Verschwärung in die Länge.

Der primäre Chancre in der Nasenhöhle unterscheidet sich nicht wesentlich von den Formen der primären syphilitischen Affection an anderen Stellen.

Ueber die anderen durch Infection entstandenen acuten Nasenentzündungen siehe die betreffenden constitutionellen Krankheiten.

C. Die chronischen Formen der Nasenerkrankung schliessen sich in unmerklicher Weise an die acuten an.

1. Der chronische Catarrh kann die vordere oder hintere Nasenhöhle, oder beide zumal afficiren und besteht in einer chronischen Hyperämie und Schwellung mit permanenter oder unterbrochener eitriger, schleimiger, zuweilen verkrustender Secretion, wodurch eine Verengerung der Nasenwege hergestellt und weitere Störungen (Neubildungen und Verschwärungen) häufig herbeigeführt werden.

Die Nasenschleimhaut wird allmälig bleibend verdikt, mürb und brüchig, von düsterer Farbe. Varicöse kleine Venen sind auf ihr sichtbar und gerne entstehen einzelne polypöse Wucherungen auf ihr. Die Secretion besteht in eiterartigem, meist dünnem Schleim und wird durch recrudescirende stärkere Hyperämieen von Zeit zu Zeit unterbrochen. Sehr häufig zieht sich die Affection beim Chronischwerden in die hintern Theile oder ganz in die Choanen zurük, in welchen das Secret oft zu harten grünlichen Krusten vertroknet festsizt und bei der Untersuchung des Rachens auf dessen gerötheter und mit varicösen Gefässchen durchzogener hinterer Schleimhautfläche gesehen werden kann, häufig auch, besonders Morgens oder nach anstrengenderem Sprechen in grossen Massen, flüssig, halbweich oder crustös herausgeräuspert wird. Sehr gerne fängt in solchen Fällen Pharynx und Larynx an mitzuleiden und es wird bei jeder vorübergehenden leichten Verschlimmerung Sprechen und Schlingen beschwerlich. Bei längerer Dauer dieses Zustandes treten einige Zeichen allgemeinen Uebelbefindens, Mattigkeit, Frösteln, Neigung zum Schwizen ein und so wird er oft für eine anfangende Halsschwindsucht angesehen. — Seltener stellt sich die chronische Coryza als reichlicher Abfluss einer dünnschleimigen, zeitweise auch wohl eiterig werdenden Flüssigkeit dar (eigentliche Blenorrhoe der Nase, Rhinorrhoe): die Nase ist dabei gedunsen und wenn eine grosse Menge Flüssigkeit längere Zeit hindurch entleert wird, kann der Kranke geschwächt und in Marasmus und Hectik versezt werden.

Der chronische Catarrh der Nasenschleimhaut stellt sich bald als eine permanente Störung mit zeitweiligen Exacerbationen und Besserungen dar, bald als eine von sehr kurzen und unvollkommenen Intervallen unterbrochene Reihenfolge mehr oder weniger schwerer, mehr oder weniger sich verschleppender Einzelaffectionen.

Diese Form complicirt überdem in sehr vielen, selbst den meisten Fällen die übrigen Arten chronischer Erkrankung der Nasenschleimhaut und der unterliegenden Theile.

2. Wucherungen der Schleimhaut, sogenannte Schleim- oder Blasenpolypen, entstehen zuweilen in der Stille, meist in Folge und während des chronischen Catarrhes. Sie sind:

entweder einzelne rundliche oder gestielte, erbsen- bis taubeneigrosse, weisse Vorwulstungen, welche von der Schleimhaut überzogene, mit Flüssigkeit getränkte Bindegewebsmassen darstellen;

oder Gruppen von Wulstungen und Bukeln der Schleimhaut, auch wohl diffuse Verdikungen derselben.

Beide sind einer raschen, vorübergehenden oder allmäligen und anhaltend vermehrten Schwellung fähig.

Sie wirken hauptsächlich als mechanisches Hinderniss, aber auch dadurch, dass sie andere chronische Affectionen, Catarrhe und Verschwärungen unterhalten.

Nur selten zeigen sie ein spontanes Einschrumpfen.

3. Die Geschwüre der Nasenschleimhaut (Ozaena) sizen entweder in dem vorderen Theile der Nase oder in den Choanen.

Meist sind die Geschwüre oberflächlich, haben glatte, selten infiltrirte Ränder, eine längliche oder rundliche Form, erregen nur Kizel, zuweilen machen sie gar keine Empfindungen, selten Schmerzen, dagegen veranlassen sie häufig geringen Erguss von Blut, das sich dem jauchigen Ausflusse beimengt, können auch mit Krusten sich bedeken, vornehmlich die Geschwüre der Choanen. Auch ist ihr Secret meist stinkend, belästigt dadurch den Kranken und kann selbst schon in die Entfernung die Atmosphäre verunreinigen.

In seltenern Fällen greifen die Geschwüre in die Tiefe: zumal wenn sie durch Syphilis, Scropheln, Lupus oder Carcinome hervorgebracht sind. Solche haben zerfressene, unregelmässige Ränder, erregen häufiger Schmerz, bluten stärker und erregen noch mehr Gestank. Auch sie bedeken sich zuweilen mit Krusten, unter denen das Geschwür weitere Fortschritte in der Tiefe zu machen pflegt. Sie können das Septum durchbohren, die Knochen der Nase (Muscheln, Nasenbein) consumiren, die äussere Nase durchbrechen und selbst nach Perforation des Gaumengewölbes in die Mundhöhle fortschreiten oder die Wirbel angreifen.

Meist besteht in der Nachbarschaft des Nasengeschwürs ein mehr oder weniger intensiver Catarrh.

Die Geschwüre der Nasenschleimhaut sind häufig eine Zeitlang vollkommen symptomlos. Sie können in anderen Fällen erkannt werden an folgenden Symptomen:

Zuweilen sind Geschwüre sowohl der vorderen Nasenhöhle, als auch der Choanen (leztere hinter den Gaumensegeln) direct sichtbar, oder doch die Krusten, welche sie bedeken und die bei dem Versuche der Ablösung ein leichtes Bluten zur Folge haben.

Ein eitriger Ausfluss, wenn er längere Zeit fortdauert und oft mit Blut vermengt ist oder einen stinkenden Geruch hat, lässt mit Bestimmtheit, ein chronischer übler Geruch aus der Nase mit Wahrscheinlichkeit ein Geschwür vermuthen.

Anhaltende Schmerzen in der Nase, zumal wenn sie mit einigem Ausfluss verbunden sind, lassen mit Wahrscheinlichkeit Verschwärungen vermuthen.

Ausser diesen Symptomen sind andere, vieldeutbarere vorhanden, wie Anschwellung der Nase, Verstopfung derselben, Veränderungen der Stimme.

Die Geschwüre in den Choanen sind hartnäkiger und bösartiger, als die in dem vorderen Theil der Nase. Bei allen aber liegt die Hauptgefahr in der Ausbreitung des Processes auf benachbarte Schleimhäute und Knochen, zum Theil auch auf die äusseren Bedekungen.

Geschwüre, welche unter der Einwirkung einer Constitutionsanomalie entstanden sind (Scropheln, Syphilis), oder durch eine Ausbreitung eines lupösen oder carcinomatösen Processes auf die Nasenschleimhaut sich gebildet haben, zeigen häufig nicht die glatten Ränder der sonstigen Nasengeschwüre, sondern tragen mehr oder weniger den Character von Ulcerationen, welche durch dieselben Ursachen an anderen Stellen, namentlich auch an der äusseren Haut zustandekommen.

Auch Geschwüre, welche langhaftende Krusten bilden, sowie diejenigen, welche selbst bei reinlichem Verhalten und ohne Misshandlung eine Neigung zeigen, auf die Knochen sich auszudehnen oder gar die äusseren Nasentheile zu consumiren, erregen stets den Verdacht einer scrophulösen oder syphilitischen Constitutionserkrankung, wenn sie nicht die Folge der Ausbreitung eines Lupus auf die Nase gewesen sind. Doch bleibt, wenn der Fall in einem vorgeschrittenen Zustande zur Beobachtung kommt, sehr häufig zweifelhaft, ob bei einer die unterliegenden Knochen angreifenden Verschwärung in der Nase die Knochenaffection nicht die primäre Störung sei. Die Unterscheidung der scrophulösen, syphilitischen, lupösen und carcinomatösen Geschwüre wird vornehmlich aus den Antecedentien, sowie aus den begleiten-

den Umänderungen der Nachbartheile, entfernter Theile oder der Gesammtconstitution festgestellt.

Der catarrhalische Zustand der Nachbarschaft, besonders der Eustach'schen Röhre, aber auch des Pharynx, macht den Kranken häufig mehr Beschwerden, als die Nasenaffection und zieht oft zuerst die Aufmerksamkeit auf sich und veranlasst erst zur Untersuchung der Nasenpartie, in welcher man nicht selten ausgebreitete Verschwärungen entdeken kann, die sich bis dahin dem Kranken durch keine auffallende Erscheinungen kund gegeben hatten.

4. Die Stinknase ist bald Symptom einer Ulceration, bald für sich und ohne bemerkliche anatomische Veränderungen bestehend und besteht in einem mehr oder weniger intensiven, zuweilen fast nicht zu ertragenden üblen Geruch, welchen sowohl der Kranke an sich bemerkt, als auch die Umgebung wahrnehmen kann. Es hat dieses Phänomen einen chronischen, jedoch häufig unterbrochenen Verlauf oder zeigt wenigstens Schwankungen in der Intensität.

Der wesentliche Grund des stinkenden Geruchs aus der Nase in Fällen, in denen keine Ulcerationen bestehen, lässt sich nicht bestimmen. Es scheint dieses Phänomen ein Analogon der stinkenden localen Schweisse zu sein.

III. Therapie.

A. Prophylactische und causale Indicationen.

1. Tilgung der Disposition. Kräftigung der Constitution, Abhärtung der Empfindlichkeit der Haut durch kalte Waschungen, Fluss- und Seebäder, Verminderung der Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut durch Einziehen von kaltem Wasser.

2. Vermeidung der Gelegenheitsursachen. Warmes Halten der Füsse bei nasser Witterung, Vermeidung rascher Temperaturwechsel, Vermeidung der Contagion.

3. Entfernung vorhandener veranlassender und unterhaltender Ursachen: Entfernung fremder Körper aus der Nase, Behandlung der Polypen, Vermeidung des Tabakschnupfens, Herstellung von Fussschweissen.

Die prophylactische Therapie hat bei einer so unbedeutenden Affection, als die Coryza gemeiniglich ist, nur unter gewissen Umständen einzutreten:

bei kleinen Kindern, Säuglingen, weil bei ihnen jede Coryza eine nicht unbedeutende Erkrankung ist, vor der sie wo möglich durch Vermeidung der Gelegenheitsursachen (scharfer Luft, andre Erkältungen, Erhizungen, Rauch, Contagion) geschützt werden müssen;

bei Individuen, welche an einer so erhöhten Disposition leiden, dass sie fast unaufhörlich von frischen Coryzen geplagt werden: eine sorgfältige Vermeidung der Veranlassungen, andererseits Abhärtung der Cutis und der Schleimhaut mit Vorsicht vorgenommen, ist für sie eine nothwendige Prophylaxis;

beim Herrschen von epidemischer Coryza sind besonders schwächliche, tuberculöse, reconvalescirende Individuen vor Contagion und vor allen Veranlassungen zu Erkrankung zu hüten und ist auch für andere eine grössere Vorsicht, als zu sonstigen Zeiten räthlich.

Die Causaltherapie hat die Aufgabe:

in acuten Fällen alles zu vermeiden, was die Erkrankung unterhalten, steigern oder ihre Ausbreitung auf weitere Theile befördern kann;

in chronischen Fällen ist sie der wesentlichste Theil der Cur und von der umsichtigen und möglichen Durchführung derselben hängt vornehmlich der Erfolg der leztern ab: örtlich unterhaltende Störungen und Gewohnheiten, Einflüsse der Temperatur, Feuchtigkeit von Wohnung und Clima, unterdrükte Fussschweisse, constitutionelle Anomalieen sind in dieser Beziehung die wesentlichsten Angriffspunkte des Curplans.

B. Behandlung der ausgebrochenen Affection.

1. Beim Beginn der acuten Erkrankung ist es möglich, dieselbe zu unterdrüken. Solche Abortivmethoden sind:

Verstopfung des afficirten Nasenlochs mit einem feinen Schwamme;

Einführung einer fetten Substanz (Cacaobutter) in das befallene Nasenloch, (mindert wenigstens die Affection, wenn ihr Ausbruch auch nicht ganz verhindert wird);

die örtliche Anwendung von Adstringentien (schwefelsaurem Zink), Reizmitteln (Riechen an Essigsäure) und Causticis (Aezen mit Höllenstein);

heisse Ueberschläge über die Nase;

eiskalte Fussbäder (bedenklich!);

Diaeta sicca;

Hervorrufung eines starken Schweisses (besser durch ein russisches Bad, als durch Diaphoretica).

Die Abortivmethoden gegen die Coryza sind meist nur von Einzelnen vorgeschlagen und ausgeübt worden und haben wohl nirgends allgemeine Anwendung gefunden. Sie eignen sich nur für die acute Coryza und sind überdem nicht alle gefahrlos.

Die Anwendung des schwefelsauren Zinks empfiehlt Pretty (Lond. med. Gaz. Juli 1849) zu Einsprizungen in der Dose von 3 Gran auf 1 Unze Wasser, nach Umständen in zwei- oder mehrmaliger Wiederholung. Sie dient auch dazu, den Uebergang ins chronische Stadium zu verhüten.

Saint Martin (Bull. de thérap. XXXVIII. 409) empfiehlt 10 Minuten langsam aus einem Fläschchen Essigsäure durch die Nase einzuathmen.

Das Aezen mit einer Höllensteinlösung (gr. v—x auf ℥j) empfiehlt Teissier (Bull. de thér. XXVIII. 419). Dasselbe ist vornehmlich bei virulenter Coryza angezeigt, in welchem Falle auch der trokene Höllenstein oder ein anderes Causticum gebraucht werden kann.

Die Diaeta sicca wurde vornehmlich von Williams (Cyclop. of pract. med. I) empfohlen: ein Laxans wird vorausgeschikt; dann während 48 Stunden nichts Flüssiges und nur trokene oder angefeuchtete Nahrung genossen; zulezt ist ein Diaphoreticum zu geben. Schon nach 10 Stunden schwillt die Schleimhaut ab, die Secretion vermindert sich; nach 24—30 Stunden sind alle Schnupfensymptome verschwunden, die aber wiederkehren, wenn die trokene Diät nicht noch am zweiten Tage fortgesezt und auch am dritten der Genuss von Flüssigkeit nur mässig erlaubt wird.

2. Sofern man nicht die Absicht hat, die Affection im Anfange zu unterdrüken, oder wenn die Entwiklung derselben schon weiter vorgeschritten ist, so hat man bei acuter Coryza wesentlich nur exspectativ zu verfahren, bei heftigen Formen durch gelinde Mittel die Spannung und Hyperämie zu vermindern, die Absezung, wenn sie stokt, zu befördern, wenn sie übermässig ist, zu beschränken und gegen einzelne lästige Zufälle einzuschreiten.

In den meisten Fällen der gewöhnlichen Coryza ist gar keine Therapie nöthig. Erwachsene sollen täglich an die frische Luft gehen, unter Vermeidung der Abendluft und stärkerer Winde, sollen mässiges, aber warmes Getränke zu sich nehmen, sich etwas wärmer kleiden, besonders in den Füssen und auf der Brust und vor Durchnässung sich hüten. — Bei kleinen Kindern ist etwas grössere Sorgfalt nöthig. Sie haben im Zimmer, bei Fieberbewegung selbst im Bette zu bleiben und eine strengere Diät zu halten.

Bei heftigeren Affectionen können warme, leicht schweisstreibende Getränke, Diät, leicht laxirende Mittel, warme Dämpfe in die Nase, warmes Verhalten angewandt werden. Bei noch heftigerer oder croupöser Coryza, sowie bei drohender Abscedirung: Blutegel an die Nase und hinter die Ohren, Calomel, Quecksilbersalbe in

Einreibungen, oder Einsprizung von Blei- und Zinksolution; bei nicht mehr zu verhütender Abscedirung warme Dämpfe. Bei Bildung von Pseudomembranen Einblasen von Alaunpulver mit Gummi, Cauterisation; bei ausgebildetem Abscesse Einstich mit nachherigem Offenhalten der Eiterhöhle oder mit Liegenlassen eines kleinen Eiterbands.

Ueberdem ist die Lippe bei reichlichem Abfluss durch eine milde Salbe zu schüzen; gegen sehr heftige Schmerzen sind narcotische Einreibungen (Belladonnasalbe), gegen Ansammlung von Secret in der Highmorshöhle Dämpfe in die Nase, und wenn die Höhle verschlossen bleibt und die Zufälle bedeutend werden, chirurgische Hilfe anzuwenden. Bei Athmungsnoth und Unfähigkeit zu saugen bei Säuglingen muss das Stillen aufgegeben oder seltener angewendet werden und sind die Kinder mit Thee, Zukerwasser zu ernähren.

Die Behandlung der accessorischen acuten Coryza unterscheidet sich in nichts von der primären, als dass man bei ihr noch strenger sich auf exspectatives Verhalten beschränken muss und nur durch die dringendsten Umstände zu Eingriffen übergehen darf.

3. **Der chronische Nasencatarrh verlangt, wenn er durch die Beseitigung der ursächlichen und unterhaltenden Einflüsse nicht heilt:**
reizende örtliche Applicationen;
adstringirende und leicht cauterisirende Topica;
ableitende Mittel;
den innerlichen Gebrauch balsamischer und ähnlicher Substanzen, sowie tonisch-adstringirender Mittel.

Von reizenden Applicationen hat man besonders bei zähem Schleime Essigdämpfe, ausserdem balsamische und aromatische Räucherungen, sowie reizende Schnupfpulver aus ähnlichen Substanzen oder auch aus Quecksilberpräparaten in Anwendung gebracht, ferner durch Höllensteinlösungen, Sublimatlösungen, selbst durch mineralische Säuren die Beschaffenheit der Schleimhaut umzuändern gesucht, oder durch adstringirende Mittel, die Zinksolution, auf Verminderung der Secretion hingewirkt. — Die Anwendung aller dieser Mittel ist nur mit grosser Vorsicht erlaubt und sollte auf die hartnäkigsten Fälle beschränkt bleiben.

Von Vortheil ist ferner der örtliche Gebrauch von kaltem Wasser, welches in die Nase eingezogen und möglichst lange in Berührung mit der Schleimhaut gelassen wird, durch welches jedoch nur bei häufiger und methodischer Anwendung ein Erfolg erzielt werden kann.

Als ableitende Mittel hat man bei sehr chronischer Coryza Kaumittel in manchen Fällen nüzlich gefunden. Ferner wurden Reizungen der Haut durch Einreibungen aromatischer Substanzen in die Stirngegend, durch Senfteige, Blasenpflaster, Fontanellen versucht. Seebäder, sowie der fortgesezte Gebrauch von Dampfbädern sind gleichfalls oft nüzlich. Methodisches Laxiren, zumal die Anwendung von laxirenden Mineralwässern ist in vielen Fällen wirksam.

Die Nüzlichkeit des Copaivabalsams, der Cubeben und anderer ähnlicher Mittel bei chronischen Blennorrhoeen haben deren Anwendung auch in Fällen hartnäkiger Nasenblennorrhoe veranlasst. Nach Black soll die Verbindung von Cubeben (zu 10 Theilen) und von kohlensaurem Eisen (zu 1 Theil) eine hartnäkige Nasenblennorrhoe gestillt haben. Auch die salinischen Mittel, namentlich die salzhaltigen Säuerlinge und Eisensäuerlinge können mit Vortheil angewandt werden.

4. **Die Wucherungen der Schleimhaut weichen selten einem adstringirenden Verfahren, sondern bedürfen die Cauterisation oder die operative Entfernung.**

Nur im Anfange ist gegen die polypöse Wucherung der Schleimhaut zuweilen von einem energisch adstringirenden Verfahren, namentlich von Einsprizungen der Zinksolution, des Alauns, eine radicale Herstellung zu erwarten. Dagegen sind diese Mittel auch bei ausgebildeteren Wucherungen insofern nüzlich, als sie wenigstens die begleitenden Catarrhe mässigen und vorübergehend durch ihre adstringirende Wirkung den Durchgang der Luft durch die Nase erleichtern.

5. **Die Ulcerationen in der Nasenhöhle können**
zuerst in der Art eines chronischen Catarrhs behandelt werden;

wenn sie nicht heilen, so werden stärkere Adstringentia und Aezmittel angewandt.

Die Behandlung mit innerlichen Mitteln, die gegen bestimmte bestehende Constitutionsanomalieen gerichtet sind, oder mit Jod, Brom, Holztränken unterstüzt wesentlich die Cur.

Die Nasenschleimhautgeschwüre können nur dann zu gründlicher Heilung gebracht werden, wenn die Ursachen, durch die sie unterhalten sind, beseitigt oder doch ermässigt werden. Die örtliche Behandlung hat sich im Anfang und in leichten Fällen auf Reinlichkeit und milde Mittel (Salben, Einsprizungen) zu beschränken. Es muss darauf gesehen werden, dass das Schneuzen unterbleibt oder mit Vorsicht geschieht, dass Krusten, die sich bildeten, nicht gewaltsam weggerissen werden. Am besten werden solche durch laue Dämpfe erweicht und losgelöst und die wunde Stelle darauf mit einer milden Salbe bedekt. Heilt unter dieser Behandlung das Geschwür nicht, so müssen adstringirende Mittel, Blei, Zink, Kupfersalze, Sublimatsolutionen, Eichenrindendecoct und Aehnliches örtlich applicirt werden. Auch Räucherungen mit balsamischen Mitteln: Myrrhen, Styrax sind oft vortheilhaft. Bei hartnäkigen oder von vornherein bösartigen Ulcerationen ist die Geschwürsfläche mit dem Causticum zu zerstören, wozu am besten sich der Höllenstein eignet. Bei Geschwüren, deren Ursachen unbekannt sind und die dessenungeachtet bei einer örtlichen Behandlung nicht weichen wollen, ist oft eine fortgesezte Behandlung mit Jodkalium oder mit anderen allgemein wirkenden Mitteln vortheilhaft.

6. Gegen die Punaisie, mag sie für sich allein bestehen oder ein Symptom des chronischen Catarrhs und der Verschwärung sein, sind: adstringirende Einsprizungen, Chlorkalk, Kreosotwasser anzuwenden; wohlriechende und reizende Schnupfmittel zu versuchen.

Gegen die Punaisie hat man zahlreiche Mittel empfohlen, unter denen namentlich die Chlorkalkflüssigkeit (1 Theil auf 6 Theile Wasser), oder nach Detmold das Ratanhiadecoct, ferner die Trousseau'sche Mischung (Calomel ℈j, Hydr. praecip. rubr. gr. xii, Sacch. ℥β) als Schnupfmittel namhaft zu machen sind. — Sehr oft ist jedoch durch ein constitutionelles Verfahren am Besten auf die Punaisie zu wirken.

C. HÄMORRHAGIEEN, NASENBLUTUNGEN, EPISTAXIS.

Das Nasenbluten hat zu allen Zeiten die Aufmerksamkeit auf sich gezogen; allein durch die Categorieen des critischen und symptomatischen, des activen und passiven Nasenblutens hat man, wenn auch immerhin ein theilweise richtiger Gedanke jenen Unterscheidungen zu Grunde lag, in frühern Zeiten und zum Theil auch jezt noch den Nuzen der Beobachtungen wieder grossentheils aufgehoben. Die Literatur der Epistaxis ist höchst ausgedehnt. Mehr oder weniger gute Darstellungen der Thatsachen finden sich aller Orten. Eine der gründlichsten ist die von Gendrin (Traité philosoph. de médéc. prat. 1838. I. p. 113—136).

I. Aetiologie.

Nasenblutungen kommen in jedem Alter vor, sind am häufigsten im späteren kindlichen und im erwachsenen jugendlichen, selten, aber durch Gefahr bedeutend im früheren Kindesalter und im Greisenalter.

Die Nasenblutung kann eintreten:

als primäre Epistaxis ohne weitere Störungen, von denen sie abhängt;

als symptomatische bei Entzündungen und Verschwärungen der Nasenschleimhaut;

als accessorische, secundäre und complicirende bei Kopfcongestionen und bei Constitutionskrankheiten mit hämorrhagischer Diathese.

Die Hämorrhagie aus der Nase kann bedingt sein:
durch traumatische Eröffnung von Capillargefässen;
durch Stasen in den Capillarien, wodurch Gefässe bersten;
durch habituelle oder erworbene Zartheit, Mürbheit, Brüchigkeit der Gefässe;
durch zerstörende Processe auf der Nasenschleimhaut.

Diese verschiedenen Verhältnisse können auf die mannigfaltigste Weise realisirt werden und nicht selten bewirkt eine äussere Veranlassung oder eine causale Anomalie auf verschiedenen Wegen und aus mehreren Gründen zumal das Austreten von Blut aus den Gefässen der Nasenschleimhaut. Hyperämie der Schleimhaut, die entweder ganz örtlich ist oder und öfter zugleich mit Blutüberfüllung des ganzen Kopfs zusammenfällt, kann allein oder neben andern Ursachen Nasenbluten bedingen. Die örtliche beschränkte Hyperämie geht zuweilen einem heftigen Schnupfen voran; die mit Kopfcongestion kommt vor bei Erhizung, fieberhafter Aufregung, bei Herzkrankheiten, bei stokendem Menstruations- und Hämorrhoidalflusse, bei allgemeiner Plethora.

Ein übermässig zarter Bau der Schleimhaut begünstigt das Reissen der Blutgefässe. In dieser Weise wird das Nasenbluten habituell und kehrt mehr oder weniger häufig bei besonderen Veranlassungen oder ohne solche wieder. So bei manchen zartorganisirten Individuen, namentlich Kindern, am häufigsten gegen die Zeit der Pubertät hin; es kommt in solcher Art in manchen Familien auch hereditär vor. — Dieses Nasenbluten ist zwar noch kein Zeichen von Krankheit, wohl aber von einer gewissen Schwächlichkeit, und leicht werden die daran leidenden Kinder scrophulös und tuberculös. — Um so mehr entsteht bei solcher Disposition Nasenbluten, sobald allgemeine Plethora oder Gehirncongestion vorhanden ist.

Verschwärung und schwammige Wucherungen in der Nase: Ulcerationen der Nasenschleimhaut, Caries der Knochen, Polypen, Carcinome der Nasenhöhle haben blutigen Erguss als gemeinschaftliches Symptom.

Erschlaffung der Schleimhaut ist eine, jedoch etwas zweifelhafte Aetiologie der Epistaxis. Oefteres Nasenbluten aus Ursachen, die nicht im Bau der Schleimhaut lagen, disponirt an sich zulezt diese in hohem Grade zu wiederholter und habitueller Epistaxis. Die Schleimhaut erscheint in solchen Fällen erschlafft, welk und ihre Gefässe werden wie varicös. Das Eintreten des Nasenblutens auf hohen Bergen und bei niederem Barometerstand muss ebenfalls durch das Mittel eines verminderten Widerstands der Gewebe gegen den Blutdruk erklärt werden. Bei Greisen und Andern zeigt sich das Nasenbluten besonders im Frühjahr und Spätjahr, zur Zeit der nassen Witterung und der häufigen Wechsel im Barometerstand. Vgl. Fr. Hoffmann (Op. omnia ed. Genevens 1748. Medic. rational. systema t. IV. p. II. Sect. 1, cap. 1. §. 7. p. 197). Rich. Mead (Imperium solis ac lunae in corpora humana in: Opera omnia ed. 3. 1748. Tom. 1. Fall von gleichzeitigem Eintreten von Blutungen bei mehreren Menschen bei ungewöhnlichem Sinken des Barometers).

In Folge von Veränderungen des Blutes, besonders von Verminderung des Faserstoffgehalts, werden Nasenblutungen im typhösen Fieber, in perniciösen Fiebern jeder Art, bei septischen Entzündungen, bei Scorbut, bei Cachexie aus Degeneration der Milz, bei Peliosis herbeigeführt. Die Epistaxis ist bei manchen dieser Krankheiten so constant, dass sie mit zu den characteristischen Symptomen gerechnet wird (Typhus). Meist ist bei Blutveränderung das Nasenbluten profus, kehrt leicht wieder, und wenn es auch oft für den Augenblik den Kopf erleichtert, so verschlimmert es doch, sobald es nur einigermaassen heftig oder häufig eintritt, den allgemeinen Zustand gewöhnlich.

Es ist zweifelhaft, was hiebei der nächste Grund der Blutung ist: ob Begünstigung von localer Blutanhäufung in den Gefässen durch die Minderung des Faserstoffs, ob eine vorübergehende Brüchigkeit der Gefässe. — Hieran schliessen sich die häufigen Nasenblutungen bei Anämischen, Leukämischen, bei Hämorrhophilen, bei jeder transitorischen oder anhaltenden hämorrhagischen Diathese. Es schliessen sich hieran ferner die Fälle von Nasenhämorrhagieen, wie sie in cumulirter oder epidemischer Weise durch Ursachen, welche nicht näher bekannt sind, beobachtet wurden. Eine sehr verbreitete und mörderische Epidemie von Nasenbluten, bei welcher der Tod schon in den ersten 24 Stunden eintrat, soll nach Morgagni (de sedibus lib. I. Epist. 14. §. 25) in Etrurien und Romandiola geherrscht haben. Von intermittirender,

unter dem Einfluss von Sumpfmiasma entstandener Epistaxis hat man mehrere Beispiele. Vgl. Eisenmann (die Krankheitsfamilie Typosis 1839. p. 615, woselbst weitere Literatur angegeben ist).

II. Pathologie.

Leichten Nasenblutungen meist und oft auch schweren gehen keine Vorläufer voran.

Das Nasenbluten erfolgt oft plözlich und ganz unerwartet, in der Ruhe wie während der Thätigkeit, im wachen wie im schlafenden und krankhaft bewusstlosen Zustand. — Sind Vorboten vorhanden, so sind es die des Gefühls von Völle, Hize und Kizel in der Nase, von Blutüberfüllung im Kopf: (daher Kopfweh, Sausen in den Ohren, stärkeres Pulsiren der Kopfarterien, injicirte Augen, Schwindel, Schlaflosigkeit, wohl auch Betäubung), Fieber (Temperaturerhöhung des Körpers und Pulscelerität). Die Vorboten dauern selten über zwei bis drei Tage, oft gehen sie nur wenige Stunden der Blutung voran.

Die frühere Semiotik hat auf das Eintreten eines wellenförmigen, hüpfenden oder doppelschlägigen Pulses als Vorzeichen einer Nasenblutung einen besondern Werth gelegt und sogar aus dèr Seite, auf welcher derselbe wahrzunehmen sei, das Nasenloch, aus dem die Blutung erfolgen soll, prognosticiren wollen.

Die Blutung selbst findet gewöhnlich nur aus einem Nasenloch statt, bald als Beimischung zu andern Educten, bald tropfenweise, bald strömend, bald in anhaltender Weise während einiger Minuten bis Stunden, bald unterbrochen und in mehr oder weniger häufigen Wiederholungen. Die Quantität von Blut, die dabei verloren geht, kann sich bis auf mehrere Pfunde belaufen. Das Blut fliesst nach Aussen oder durch die Choanen in den Pharynx. Zuweilen kann es auch in der Nase gerinnen und in Klumpen zurükbleiben und so das Ausfliessen weiteren Blutes verhindern. Damit wird die Blutung entweder gestillt oder fliesst weiteres Blut nach hinten durch die Choanen in den Pharynx. Meist kehrt die durch Klumpenbildung gestillte Blutung in Kurzem wieder, wenn durch Bewegungen, Niesen oder schon in Folge des Athmens durch die Nase der Klumpen lokerer wird.

Fälle von ausserordentlicher Menge des entleerten Blutes bei Epistaxis (nach und nach bis zu 75 [!] Pfund) sind zusammengestellt von J. Mason Good (Study of medicine. 4. ed. Vol. II. p. 447). — Als Beimischung findet sich das Blut aus der Nase neben ausgeschneuztem Schleim, Eiter oder abträufelnd mit solchem oder in Sputis, in denen es an der oberflächlichen Zumischung rother oder schwarzer, mässig reichlicher, aber nicht streifiger Blutmassen erkannt wird.

Bei horizontaler Lage kann das Blut leicht nach hinten unbemerkt abfliessen, verschlukt und wieder ausgebrochen werden. Auch in den Larynx können einige Tropfen gerathen und dadurch zum Husten reizen. Das unbemerkte Abfliessen geschieht um so eher bei schweren Fiebern oder sonstigen Zuständen von Betäubung, und die Gefahr einer Verblutung ist dabei nicht gering. Dasselbe findet statt bei Nasenblutungen, die während des Schlafs eintreten.

Die Dauer der Blutung ist meist nur von einigen Minuten, selten über 1 oder 2 Stunden. Gendrin (Traité phil. de méd. prat. I. 115) sah eine Epistaxis 24 Stunden ununterbrochen fortdauern. In den Eph. Natur. curios. (Dec. 1. Ann. III Obs. 243) wird ein Fall erwähnt, wo das Nasenbluten 6 Wochen ohne Unterbrechung fortgedauert haben soll.

Habituelles Nasenbluten kann mit kürzeren oder längeren Unterbrechungen über viele Jahre sich erstreken.

Beim Zurükbleiben und längeren Haften eines Blutschorfs in der Nase entsteht sehr häufig eine mehr oder weniger heftige Coryza, zuweilen selbst eine Verschwärung.

Die Nasenblutung ist gewöhnlich ein belangloses Ereigniss und erleichtert selbst früher vorhandene Beschwerden. Sie wird nur nachtheilig und selbst gefährlich:

durch den Blutverlust bei sehr copiöser Hämorrhagie, häufiger Wiederholung derselben oder zuvor bestehender Schwächlichkeit und Blutleere des Individuums;

durch Eindringen des Bluts in den Larynx und die unteren Luftwege;

durch Abfliessen des Bluts in den Oesophagus und Magen.

Zufolge des Blutverlusts können die Symptome der Anämie eintreten: Blässe, Kaltwerden, Schwäche, kleiner Puls, Schwarzwerden vor den Augen, Schwindel, Unmacht und Betäubung. Die Anämie kann acut bei schnellem profusem Verluste, oder chronisch durch immer wiederkehrende Verluste entstehen und die Kranken bis zum äussersten Grade des habituellen Marasmus bringen. — Die Gefahr der Anämie ist ungleich grösser, wenn das Blut schon zuvor verändert und faserstoffarm war. Die Adynamie, welche in solchen Krankheiten constant ist, steigert sich durch einen etwas bedeutenderen Blutverlust zu einem gefährlichen Grade. — Eintretende Anämie bei mässigem Ausfliessen von Blut aus den Nasenlöchern muss zu einer Untersuchung der hintern Rachentheile auffordern, damit man sich überzeuge, ob nicht Blut durch die Choanen in den Pharynx sich ergiesse.

Durch Eindringen des Bluts in den Larynx entsteht Husten, bei grösserer Menge Beklemmung auf der Brust, Athmungsbeschwerde und Aushusten des Bluts.

Durch Eindringen des Bluts in den Pharynx, Oesophagus und Magen entsteht ein Gefühl von Schwere und Druk in der Magengegend mit süsslichem Geschmak, grosser Uebelkeit und zuweilen ungemeiner Ermattung. Das Blut wird entweder durch Erbrechen als bräunliche, schwärzliche Massen ausgeworfen oder mit eben solcher Farbe ein bis mehrere Tage später durch den Stuhl entfernt.

Um die Diagnose zu machen, dass das Blut aus der Nase und nicht aus den Luftwegen oder dem Magen kommt, genügt zuweilen eine genaue Inspection der Nase und der Rachentheile; oder lasse man den Kranken den Kopf stark nach vorn beugen, wobei der Ausfluss aus der Nase, wenn sie nicht durch Gerinnsel oder Geschwülste verstopft ist, sich wieder herstellen muss.

In den meisten Fällen hört das Nasenbluten auf, indem die blutenden Gefässe mit einem Faserstoffgerinnsel genügend verstopft werden und sich zusammenziehen, ohne dass weitere üble Zufälle eintreten. Im Gegentheil fühlt sich der Kopf nach demselben erleichtert, das Gefühl von Schwere und Eingenommenheit ist verschwunden. Auch andere Affectionen (Pneumonie u. dergl.) gestalten sich oft nach der Epistaxis günstiger. Ein solcher günstiger Ausgang hängt davon ab, dass die Menge des Blutverlustes nicht zu bedeutend sei und dass der Zustand des Bluts und der Kräfte den Verlust ertragen lässt. Die Nüzlichkeit des Nasenblutens bei Kopfcongestionen namentlich ist so augenscheinlich, dass man gern das Bluten in solchen Fällen befördert, ja sogar zuweilen es herbeizuführen sucht, und dass oft alle andere Blutentziehungen nicht in dem Grade Erleichterung bringen, als eine auch nur mässige Blutung aus der Nase.

III. Therapie.

Die Berüksichtigung der Ursachen ist unter allen Umständen geboten, wo sie möglich ist. Sie tritt aber nur selten während der Blutung, meist erst nach ihr, um die Wiederkehr zu verhüten, oder wenn diese unmittelbar droht, namentlich aber bei habitueller Epistaxis ein.

Wo Verschwärung oder ein erschlaffter Zustand der Nasenschleimhaut, allgemeine Plethora oder Unterdrükung anderer Blutungen (Zustände, gegen welche die an andern Orten angegebenen Mittel anzuwenden sind) vorhanden ist, gibt die causale Indication viele Hoffnung. In andern Fällen ist sie zwar immerhin zu versuchen, aber selten von grossem Erfolge. Vermeidung jeder Erhizung, jeder Reizung der Nasenschleimhaut, Schnupfen von kaltem Wasser und öfteres Baden der Nase darin, auch wohl in Verbindung mit leicht adstringirenden Mitteln sollen bei habitueller

Neigung zur Epistaxis, besonders wenn diese auf Zartheit der Schleimhaut beruht, angewandt werden. — In einigen Fällen von typischem Nasenbluten wurde durch Chinin die Wiederkehr desselben abgeschnitten. — In Fiebern und andern Zuständen, wo das Nasenbluten als Folge eines fibrinarmen Blutes angesehen werden muss, werden, um die Wiederkehr zu verhüten, die Säuren (Schwefelsäure, Phosphorsäure) und die tonischen Mittel (China) in Anwendung gesezt.

Eine zwekmässige Lagerung des Kranken: erhöhter, vorgewendeter Kopf, bei schwachen Kranken Seitenlage, jedenfalls aber Vermeidung der Rükenlage ist in allen Fällen räthlich, oft nothwendig. Ebenso muss dafür Sorge getragen werden, dass der Kranke nicht während der Blutung einschläft.

Die directe Behandlung und Unterdrükung darf nur dann unternommen werden, wenn das Nasenbluten durch Heftigkeit oder Dauer Gefahr bringt, oder wenn der Zustand des Kranken einen stärkern Blutverlust bedenklich macht, oder endlich, wenn bereits Zeichen von Anämie eintreten. Eine zu frühe Unterdrükung der Epistaxis kann grössere Beschwerden zur Folge haben, als die waren, welche der Blutung vorangingen. Es kann daraus durch rasche Blutüberfüllung im Gehirn sogar eine ernstliche Gefahr entstehen.

Die topischen Mittel, um eine Nasenblutung zu stillen, genügen meist und sind:

Kälte;

adstringirende Substanzen

und Druk.

Dabei muss der Kranke in ruhiger, zwekmässiger Lage sich verhalten.

Am besten lässt man für den Anfang kaltes Wasser schnupfen. Will das Bluten dabei nicht aufhören, so nimmt man eine erst schwache, dann stärkere Alaun-, Zink- oder Eisenvitriolsolution oder ein Tormentillen- oder Galläpfeldecoct, macht Eisüberschläge über die Nase. Auch die Anwendung von Kälte auf andere Theile, z. B. das Besprizen des Nakens mit eiskaltem Wasser, das Eintauchen der Hände in kaltes Wasser, kalte Klystire und Applicationen von Kälte an manche andere Theile sind zuweilen von Erfolg. Die Compression der Carotis wurde mehrmals mit Erfolg vorgenommen, während Andere die Ligatur der Glieder und Négrier das Indiehöhehalten der Arme als genügend hülfreich bezeichnen. Das lezte Mittel ist die Tamponnade der Nase, die aber, wenn das Blut von hoch oben kommt, doppelt, d. h. auch von hinten, von den Choanen aus mittelst der Belloc'schen Sonde angebracht werden muss. Die Charpie kann überdem mit milden Stopfmitteln (Gummi arab., Alaun, Eichenrindepulver) bestreut werden. Man greift übrigens nur ungern zur doppelten Tamponnade: sie ist höchst unbequem für den Kranken, das coagulirte Blut, was nicht entfernt werden kann, zersezt sich und belästigt den Kranken durch einen höchst übeln Geruch, die Bourdonnets werden steif und immer folgt nach ihrer Wegnahme eine nicht unbedeutende Coryza.

Während der Blutung ist es nöthig, dass der Kranke sich ruhig verhalte, namentlich das Niesen möglichst unterdrüke. Seine Lage muss etwas hoch mit dem Kopf sein und dieser soll seitlich gelegt, nicht — wie man gewöhnlich zu thun pflegt — vorgeneigt sein.

Weitere Mittel sind nur unter gewissen Umständen nöthig:

bei vollblütigen Individuen Blutentziehungen;

bei sehr hartnäkigen oder höchst abundanten Blutungen innerliche Mittel zur Stillung der Hämorrhagie: Mineralsäuren, Secale cornutum, Digitalis, Terpentinöl etc.;

bei drohender Gefahr der Verblutung Analeptica;

beim Einfliessen des Blutes in den Magen ein Brechmittel oder später ein Laxans.

Bei vollblütigen Individuen oder in solchen Fällen, wo andere Blutungen nicht eintreten oder unterdrükt wurden und dafür eine profuse Nasenblutung sich einstellte, kann es von Vortheil sein, während der Epistaxis eine Aderlässe am Arm oder eine revulsorische Blutentziehung am Fuss, an den Genitalien oder am After (je nach den Umständen) zu machen.

Innerliche Mittel während der Blutung sind meist unnöthig; nur bei sehr hartnäkigen, langdauernden Epistaxen kann man neben der Anwendung der topischen Mittel sie anwenden.

Am sichersten wurden in dieser Hinsicht gefunden: die Mineralsäuren und das Secale cornutum, welches (zu 10 Gran und mehr alle Stunden) von Cabini (nach Spajrani's Empfehlungen) und von mehreren Anderen, auch von mir in vielen Fällen mit Erfolg angewandt wurde. Ausserdem ist die Digitalis in Fällen von grosser Frequenz der Herzcontractionen vortheilhaft.

Ferner wurden empfohlen der Bleizuker mit Opium von Reynolds und Latham, das Terpentinöl in kleinen Dosen von Copland (Encycl. Wörterb, übers. von Kalisch, IV, 479), das Eisen mit Blei von Tjallangii, das Chlormangan, die Gerbsäure und vieles Andere.

Bei eintretender Gefahr der Verblutung werden die gewöhnlichen künstlichen Reizmittel und Analeptica angewandt, wobei jedoch die belebenden Riechmittel und alle anderen Substanzen, welche reizend auf die Nasenschleimhaut wirken könnten, zu vermeiden sind. Dabei aber muss Alles daran gesezt werden, dass die Blutung sicher gestillt wird und nach keiner Seite unbemerkt Blut abfliessen kann. Der Kranke darf nicht, wie bei anderen Verblutungen, horizontal gelegt werden, weil bei der tiefen Kopflage die Nasenblutung leicht wiederkehrt. Wenigstens soll eine tiefe Lage nicht eher versucht werden, als bis man der dauernden Stillung der Hämorrhagie versichert ist.

D. NEUBILDUNGEN IN DER NASE.

I. Fibroide und sarcomatöse Geschwülste finden sich zuweilen in der Nase und scheinen gewöhnlich vom Periost, oder auch zuweilen vom Knochen selbst auszugehen. Indem sie an Grösse zunehmen, erfüllen sie nicht nur die Höhle der Nase, sondern dehnen auch deren Wandungen aus und treiben nicht nur die Weichtheile, sondern auch die Knochen aus einander, ja selbst die Knochen des Oberkiefers. Sie bewirken zugleich durch den anhaltenden Druk eine Usur des Knochens, welcher in kleinerem oder grösserem Umfange dadurch zerstört werden kann. Sie können dabei Schmerzen machen oder nicht, hindern von Anfang an den Durchgang der Luft durch die Nase, erschweren dadurch das Athmen und können sehr bedeutende Beschwerden dadurch verursachen.

Ihre Behandlung ist chirurgisch.

II. Carcinome können sowohl von der Schleimhaut und dem submucösen Zellstoff, als von der äusseren Haut, als endlich und vornehmlich von den Knochen, zumal des Oberkiefers sich entwikeln und in die Nasenhöhle wuchern. Auch kommt es vor, dass von benachbarten Theilen, von der Schädelhöhle, von dem Oberkiefer aus, auch von der Rachenhöhle Krebse in die Nasenhöhle perforiren.

Sie erscheinen als polypöse Massen in der Tiefe der Nasenhöhle und wuchern allmälig gegen die Nasenöffnungen, während sie gleichzeitig die Wandungen auseinanderdrüken, auch die Orbita verengern und einen Vorfall des Bulbus bedingen können. Meist sind Schmerzen über dem Nasenrüken und ödematöse Anschwellungen in dieser Gegend vorhanden.

Das Athmen durch die Nase wird verhindert, die Sprache gestört, und wenn gleichzeitig Wucherungen durch die Choanen gegen den Rachen gehen, so kann auch das Schlingen erschwert werden. Andererseits wird durch die Verhinderung des Abflusses der Thränen das Auge mit solchen überfüllt und häufig entzündet. Wenn die Krebse verjauchen, so tritt ein stinkender, jauchig blutiger Ausfluss aus der Nase ein. Auch kann der Krebs in Wucherungen, theils durch die Nasenöffnung, theils durch Perforation der Haut an die Oberfläche treten, in welchem Falle er die gewöhnlichen Charactere einer offnen Krebsmasse darbietet. Später stellen sich die übrigen Zeichen der Krebserkrankung ein und der Tod erfolgt entweder durch die locale Ausbreitung des Uebels oder durch Entwiklung von Krebsen in anderen Theilen.

Die Krebse in der Nasenhöhle, welche man früher auch als bösartige Polypen bezeichnete, sind nicht ganz selten und kommen nicht bloss bei Erwachsenen, sondern auch zuweilen bei Kindern vor. Die Unterscheidung von anderen Wucherungen ist Anfangs oft ziemlich schwierig oder sogar unmöglich, und nur die microscopische Untersuchung einzelner weggenommener Partieen kann die Diagnose sichern. Je mehr sich jedoch Wucherungen und Blutungen einstellen und das Aftergebilde in weitere Räume fortwächst, um so mehr wird die Erkennung gesichert. Vgl. Köhler (die Krebs- und Scheinkrebskrankheiten des Menschen, p. 600).

E. ERWORBENE ABNORME COMMUNICATIONEN.

Abnorme Communicationen werden durch vorausgehende Zerstörungsprocesse oder traumatische Ursachen hergestellt:

zwischen der Nasenhöhle und der äusseren Nasenfläche;

zwischen beiden vorderen Nasenhöhlen durch Perforation oder Verlust des Septums;

zwischen der Nasenhöhle und der Mundhöhle durch Perforation des Gaumens.

Die Hülfen dabei sind chirurgisch.

F. CONCRETIONEN, FREMDE KÖRPER UND PARASITEN IN DER NASENHÖHLE.

I. Nasensteine, Rhinolithen werden nicht sehr häufig in der Nasenhöhle beobachtet. Ihre Ursachen sind meist nicht bekannt; zuweilen scheint jedoch das Eindringen eines fremden Körpers, der den Kern des Nasensteines bildet, zu der Concretion Veranlassung zu geben.

Es ist entweder nur eine einzige Concretion vorhanden, oder mehrere, selbst viele, und sie können sowohl in der unteren, als in der oberen Partie der Nasenhöhle sich finden. Sie haben eine verschiedene Grösse, von der einer Linse bis zu der eines Taubeneies, sind weisslich, grau oder schwarz, bald rund, bald ekig, bald hart, bald bröklig, bestehen zum kleineren Theil aus animalischer Substanz, zum grösseren aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk nebst Spuren anderer Salze. Sie sind zuweilen mit einer membranösen Hülle umgeben.

Zuweilen machen sie keine Symptome und werden nur zufällig ge-

funden oder gehen ab. Andere Male verstopfen sie die Nase, treiben sie aus einander, machen heftige Schmerzen, die sich über den ganzen Kopf ausbreiten und selbst mit schweren allgemeinen Symptomen verbunden sein können; oder sie bedingen einen chronischen Nasencatarrh, eine heftige Entzündung, eine Blennorrhoe, oder Verschwärung, und der Ausfluss hat zuweilen einen foetiden Geruch.

Vor anderen Organen nimmt am ehesten der Thränensak und das Auge Antheil und der Thränenabfluss kann gehemmt sein.

Ihre Therapie besteht in chirurgischen Hilfen, doch ist es häufig nöthig, zuvor die heftige Entzündung durch mildernde Einsprizungen zu mindern.

Die Nasensteine sind schon seit langer Zeit bekannt und eine Anzahl Beobachtungen existiren über sie. Dieselben sind gesammelt von Demarquay (Arch. gén. D, VIII, 114).

II. Fremde Körper gelangen häufig in die Nase und können dort steken bleiben. Die Diagnose und die Therapie derselben sind Gegenstand der Chirurgie.

III. Parasiten, welche der Nasenhöhle eigenthümlich wären, gibt es nicht. Auch die übrigen Parasiten des Körpers gelangen nur ausnahmsweise in die Nasenhöhle (Spulwürmer). Dagegen kommen zuweilen Pseudoparasiten in der Nasenhöhle vor, indem Insecten oder ihre Larven in dieselbe gelangen und daselbst, ja zuweilen sogar in der Oberkieferhöhle längere Zeit verweilen, chronische Catarrhe, Entzündungen, Hämorrhagieen und Ulcerationen hervorbringen können.

Vgl. Tiedemann (von lebenden Würmern und Insecten in dem Geruchsorgan, 1844).

IV. ANATOMISCHE UND SECRETORISCHE STÖRUNGEN DER WEICHTHEILE DER MUND- UND RACHENHÖHLE.

A. ANGEBORENE ANOMALIEEN.

Die angeborenen Anomalieen in der Mund- und Rachenhöhle beziehen sich:

1. Auf abnorme Spaltbildungen, welche ausser den Lippen besonders den weichen Gaumen und die Uvula befallen, sehr selten an der Zunge wahrgenommen werden.

2. Atresieen, welche nur die Mundöffnung betreffen, und abnorme Verwachsung, welche an der Zunge vorkommt, zuweilen durch eine anomale Kürze des Frenulums.

3. Uebermässige Grösse, Macroglossie, zu lange Uvula.

4. Defecte Bildung an den Lippen, an den Wangen, vornehmlich an der Zunge.

Alle diese Verhältnisse sind, soweit sie behandelbar sind, Gegenstände der chirurgischen Hilfe.

B. ERWORBENE ANATOMISCHE UND SECRETORISCHE STÖRUNGEN OHNE SPECIFISCHE URSACHEN.

AA. ANÄMIE.

Die Anämieen der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle bestehen nie für sich allein; sie sind stets nur der Ausdruk eines allgemeinen anämischen Zustands oder der Cruorarmuth (Chlorose), und sie gelten mit Recht, da in wenigen Theilen der Grad der Blutarmuth sich so leicht an dem Grade der Blässe verräth, als auf der Schleimhaut der Lippen und auch des Gaumens, der Zunge und der übrigen Mund- und Rachenhöhle, für vorzugsweise werthvolle Criterien zur Diagnose der allgemeinen Anämie und Chlorose.

BB. VERMINDERUNG DER SECRETION.

Verminderung der Speichelsecretion kommt

acut bei localen Affectionen, bei Fieber, bei Vermehrung des Schweisses, bei Diarrhöen oder starker Diurese und bei Verminderung des Getränkes vor;

chronisch theils unter denselben Umständen, theils im hohen Alter und bei Marasmus, ferner durch Verschliessung eines Speichelganges durch einen Stein, theils als eine isolirte und meist nicht weiter nach ihren ursächlichen Verhältnissen bekannte Störung.

Die Verminderung der Speichelsecretion bedingt Trokenheit im Mund und Rachen, Schwierigkeit beim Schlingen und Sprechen. Die Zunge, der Geschmak, die Wärme der Mundhöhle, der Appetit können sich bei geringem Grade der Speichelverminderung normal verhalten; bei höheren Graden oder bei völliger Aufhebung der Secretion belegt sich die Zunge mit vertrokneten Epithelialschichten, hört die Fähigkeit zum Schmeken auf, verliert sich der Appetit und steigt meist die Temperatur der Mundhöhle.

In den meisten Fällen verliert sich die Anomalie rasch in wenigen Tagen, sobald die Ursachen beseitigt sind. Dauert sie länger, so fängt der in geringer Quantität abgesonderte Speichel an, abnorme Qualitätsverhältnisse, namentlich saure Reaction zu zeigen, und damit treten Symptome von Störung des Magens und der Verdauung ein.

Eine therapeutische Berüksichtigung der Speichelverminderung ist nur nöthig, wenn sie höhere Grade erreicht, oder wenn die mangelhafte Speichelsecretion fortdauert, nachdem die Ursachen beseitigt sind. Im ersteren Falle genügt eine Befeuchtung des Mundes mit Wasser oder säuerlichen Dingen, im lezteren sind reizende Mund- und Gurgelwasser nöthig.

Wright empfiehlt vorzüglich die Tinct. Capsici mit dem 12—15fachen eines aromatischen Wassers gemischt. In hartnäkigen Fällen räth er, Blasenpflaster oder electrische Schläge in den Naken zu appliciren.

Die Verminderung der übrigen Secretionen in der Mundrachenhöhle ist ohne practisches Interesse.

CC. HYPERÄMIEEN, ANOMALIEEN DER SECRETIONS- UND EXSUDATIONS PROCESSE.

Die Vorgänge der Blutüberfüllung, der Secretionsabweichung und der Exsudation, welche in allen Theilen, wo sie vorkommen, ineinandergreifen und überall nicht als getrennte Processe, sondern als Entwiklungs-Stufen und -Richtungen einer und derselben Erkrankung angesehen werden müssen, zeigen diese Relation auch in der Mund- und Rachenhöhle. Der Nexus der einzelnen Glieder des Vorgangs wird aber hier noch auffälliger, weil die anatomischen Veränderungen in jedem Augenblike beim Lebenden beobachtet werden können, wobei sehr gewöhnlich eine die gesammte Höhle betreffende Affection an verschiedenen Stellen verschiedene Entwiklungsstufen und Entwiklungsrichtungen zeigt, sei es, dass die einzelnen Stellen von neuen Schädlichkeiten betroffen werden, sei es, dass die speciellen Verhältnisse derselben verschiedene Dispositionen zur Weiterentwiklung oder Rükbildung der Störungen begründen. Somit können sich gleichzeitig in der Mund- und Rachenhöhle an der einen Stelle Hyperämie, an der andern Secretionsabweichung, hier Exsudation auf die Fläche, dort Infiltration in das Parenchym finden, und ausserdem können sich da und dort sehr frühzeitig oder später Mortificationen in der Form der Verschwärung und selbst des Brandes oder Entwiklung parasitischer Bildungen hinzugesellen. So wichtig die Analyse einer Gesammtaffection der Mund- und Rachenhöhle in die einzelnen anatomischen Verhältnisse, wenn diese auch nur Phasen eines und desselben Processes sind, und die getrennte Auffassung der Erkrankungsform jeder einzelnen Stelle ist, so darf man doch nicht übersehen, dass der Sprachgebrauch nicht oder nur theilweise an diese Analyse sich bindet, dass er vielmehr mit einem und demselben Ausdruk mehrgestaltete Formen der Erkrankung in diesem Theile bezeichnet und dass der practischen Betrachtung der Störungen eine zu feine Spaltung derselben ebenso hinderlich ist, als ein zu ungenirtes Zusammenwerfen der mannigfaltigsten Formen des anatomischen Verhaltens. Da aber zur Verständigung und zum Behuf der Uebersichtlichkeit des krankhaften Geschehens in der Mund- und Rachenhöhle, wie zur Feststellung der Angriffspunkte des therapeutischen Einwirkens ein Auseinanderhalten gewisser mit mehr oder weniger Regelmässigkeit sich wiederholender Abläufe der dortigen Affectionen nicht entbehrt werden kann, und die zu fixirenden speciellen Formen nach dem eben auseinandergesezten Verhältnisse doch nicht mit Schärfe auf eine bestimmte und scharf begrenzte anatomische Beschaffenheit der Theile sich zurükführen lassen, so bleibt nichts anderes übrig, als sie nach den überwiegenden und hervortretendsten anatomischen Störungen zu betrachten, wobei nicht ausgeschlossen ist, dass z. B. neben der überwiegenden Hyperämie eine Veränderung des Epithels, eine partielle plastische Exsudation, ja selbst eine stellenweise Verschwärung sich findet, neben der pseudomembranösen Exsudation in der Nachbarschaft einfache Epithelialanomalieen vorkommen und die parenchymatöse Infiltration mit Catarrhen und Exsudationen auf der Schleimhaut sich verbindet u. s. f. Die Eintheilung, indem sie die Schärfe ihres Principes fallen lässt, gewinnt dadurch mindestens an Naturgemässheit.

1. Hyperämieen und Catarrhe (Stomatitis und Pharyngitis simplex, catarrhalis und erythematosa).

Hyperämieen und Catarrhe in der Mund- und Rachenhöhle sind Affectionen, die nicht getrennt betrachtet werden können.

Denn eine mässige Hyperämie wird alsbald zum Catarrh; eine stärkere acut auftretende kann zwar sich länger als solche erhalten, und der Catarrh erscheint mehr als Abheilungsperiode. Andrerseits kann der Catarrh zwar ohne beträchtliche Hyperämie sich entwikeln, stellt sich aber sofort in derselben Weise dar, als wäre ein solcher eingeleitet, und meist besteht wenigstens einige Hyperämie in seiner ersten Periode. — Chronische Hyperämie hat stets zum Mindesten zeitweise Catarrh zur Folge, und chronischer Catarrh, obwohl er ein habitueller Zustand des Schleimhautverhaltens werden kann, veranlasst doch allmälig eine chronische Blutüberfüllung und Dilatation der Gefässe. Er schliesst sich seinerseits der Blennorrhoe an, bei welcher neben der constanten Gefässausdehnung auch noch weitere Veränderungen der Schleimhaut und der unterliegenden Theile sich ausbilden. — Weiter aber können Hyperämie und Catarrh, so häufig sie als solche ablaufen, zu vesiculösen, croupösen, parenchymatösen, ulcerösen Affectionen oft nur stellenweise sich entwikeln, bei Vernachlässigung oder sonstiger Ungunst der Ver-

hältnisse die lezteren geradezu überwiegend werden. Endlich liefern sie die Gelegenheit zum Haften von Parasitenkeimen, welche einmal eingenistet sich vervielfältigen können und damit schliesslich das überwiegende und die meiste Hilfe beanspruchende Verhältniss darstellen.

Die Hyperämiceu der Schleimhaut befallen zuweilen, zumal an einzelnen Stellen der Mundrachenschleimhaut (an den Lippen, am Pharynx) überwiegend oder allein die Follikel. Es entstehen damit die granulirten Formen der Follicularerkrankung, welche freilich schon als Exsudationsprocesse in die Bälge angesehen werden müssen, doch in allen ihren wesentlichen Beziehungen aufs engste sich an die Catarrhe anschliessen.

Die Hyperämieen und Catarrhe befallen bald nur einzelne beschränkte Stellen der Mund- und Rachenhöhle, bald eine grössere Fläche, bald die gesammte Schleimhaut, wonach sie mannigfach verschiedene Benennungen erhalten haben. Eine erst beschränkt entstandene Erkrankung kann nach und nach weitere Partieen überziehen, wie ändrerseits eine verbreitete später sich auf eine beschränkte Stelle concentriren und zurückziehen kann. Die Hyperämieen und Catarrhe schliessen sich ferner den ähnlichen Affectionen der benachbarten Schleimhäute an, bald in der Art, dass sie gleichzeitig und durch dieselben Ursachen mit solchen entstehen, oder so, dass sie auf diese folgen, oder endlich so, dass die in der Mund- und Rachenhöhle entstandenen Hyperämieen und Catarrhe sich auf die Nachbarschleimhäute ausdehnen. — In ähnlicher Weise kann ein Connex der Schleimhauterkrankung mit den zunächst umherliegenden Geweben (Weichtheilen und Knochen) bestehen.



a. Partielle Hyperämieen und Catarrhe (partielle Stomatiten und Pharyngiten).

I. Die auf einzelne Stellen der Mund- und Rachenhöhle beschränkten Affectionen entstehen:

am häufigsten durch locale äussere Einflüsse;

durch Erkrankung anderer, der Schleimhaut benachbarten Theile;

als Miterkrankung bei verbreiteten und die ganze Constitution betreffenden Störungen;

nicht selten ohne bekannte Ursachen.

Die partiellen Hyperämieen kommen vorzugsweise zustande:

an der Lippenschleimhaut durch zahlreiche äussere Einwirkungen, neben parenchymatösen Affectionen der Lippen, durch Ausbreitung von Cutishyperämieen, unter den Constitutionserkrankungen besonders durch Mercurialismus;

am Zahnfleisch gleichfalls durch zahlreiche äussere Einflüsse, durch Anhäufung von Weinstein an den Zähnen, durch die Zahnentwiklung und durch Krankheiten der Zähne, sowie des Alveolarfortsazes der Kiefer, durch Scorbut, Mercurialismus, Alcoolismus und manche andere Störungen der Constitution;

an der Bakenschleimhaut durch reizende Speisen und Getränke, scharfe Zahnkanten, starkes Saugen, bei verschiedenen Affectionen der Zähne und Speicheldrüsen, sowie der Kiefer, bei Mercurialismus;

an der Zungenspize durch scharfe und heisse Speisen und Getränke, kleine Verlezungen, oft ohne bekannte Ursachen;

an den Zungenrändern durch scharfe Zahneken, Mercurialismus;

an der Zungenwurzel (ziemlich selten) durch scharfe Speisen und Getränke, besonders durch habituellen Gebrauch einer zu reizenden Kost, bei Säure des Magens;

am Gaumengewölbe durch scharfe Substanzen, durch Knochenkrankheiten des Gaumens, durch Ausbreitung anderer Schleimhautaffectionen;

an den Gaumensegeln und der Uvula bei Affectionen der Tonsillen, bei solchen der Nasenhöhle, bei Syphilis;

an dem Pharynx durch Erkältungen, durch Affectionen der Tonsillen und Choanen, beim Croup, bei acuten Exanthemen, Syphilis und oft ohne bekannte Ursachen;

an allen Stellen in der Form reactiver Hyperämie in der Nähe von Geschwüren, nach groben Verlezungen und bei schweren Erkrankungen, die gegen die Mund- und Rachenhöhle vorschreiten.

Die einfachen Hyperämieen und Catarrhe der Mundhöhle kommen besonders häufig bei Säuglingen (in Folge von Unreinlichkeit, zu starken Saugens, vielleicht zuweilen durch eine krankhafte Beschaffenheit der Warzen der Säugenden, endlich durch den Zahndurchbruch) vor. — Bei ältern Kindern und Erwachsenen bestehen sie dagegen seltener für sich allein, sondern begleiten eher ähnliche Affectionen benachbarter Theile (Schleimhautpartieen, Speicheldrüsen etc.); oder begleiten sie Hyperämieen und Entzündungen der äussern Haut, namentlich die Masern, die Scarlatina, die Poken, die Miliaria, Urticaria, oft auch Erytheme und andere Hautausschläge, oder Affectionen des Magens und Darmcanals, oder endlich solche der Gesammtconstitution. Wo sie für sich allein bestehen, scheinen sie durch örtliche Einwirkungen und Verlezungen, namentlich durch Einführung scharfer oder heisser Stoffe, durch directe Erkältungen der Schleimhaut beim Einathmen kalter Luft oder durch Erkältungen des Halses, zuweilen auch der Füsse herbeigeführt zu werden (sog. catarrhalische und rheumatische Anginen).



II. **Die partielle Hyperämie in der Mund- und Rachenhöhle stellt eine gewöhnlich mässige, zuweilen auch vorübergehend intensive, verschieden ausgedehnte, diffuse oder geflekte Röthung und Schwellung der betroffenen Theile dar, mit lästigen Empfindungen (Feuer, Gefühl des Wundseins, eines fremden Körpers), wenig vermehrter Wärme und oft mit Erschwerung der Bewegungen in der Nachbarschaft, häufig mit Vermehrung der Secretion nahegelegener Schleimhautstreken und Drüsen. — Sie ist häufig höchst vorübergehend, kann aber durch Fortdauern der Ursache dauernd, chronisch und selbst habituell werden, oder sich durch Gewebsveränderung (Verdikung, Infiltration, Auflokerung) fixiren, in Verschwärung übergehen oder endlich auf benachbarte Theile der Schleimhaut oder auf unterliegende Gewebe sich ausdehnen.**

An den Lippen zeigt sich die Hyperämie entweder als plane bei örtlichen Einwirkungen, oder neben Hyperämie der übrigen Mundhöhle, oder noch häufiger als folliculäre. Die Drüschen der Schleimhaut stellen sich in kleinerer oder grösserer Zahl, in Form hirsekorngrosser Knötchen dar, von perlartigem Ansehen und umgeben von einem stark injicirten Gefässkranze. Sehr häufig bilden sich daraus folliculäre Erosionen und Geschwürchen.

Am Zahnfleisch (Gingivitis, Ulitis) zeigt sich Röthung, Wulstung, Schmerz, zuweilen Lokerheit der Zähne und Schwierigkeit zu kauen; bei Säuglingen heftigere Geschwulst des Zahnfleisches und Unfähigkeit zu saugen. Die Hyperämie hat Neigung in Blutung oder in Ulceration des freien Randes des Zahnfleisches überzugehen.

Auf der Bakenschleimhaut bemerkt man Röthung, Anschwellung der Schleimhaut, in Folge der die Contouren der Zähne sich auf ihr abzeichnen; das Kauen ist erschwert; die Affection geht leicht in mässige Exsudation oder in oberflächliche Ulceration über.

An der Zungenspize sind die Papillae filiformes injicirt, erigirt, daneben meist ein schwacher Beleg, oft einzelne Bläschen oder oberflächliche Erosionen. Die Bewegungen sind genirt, die Zunge stösst an die Zähne, wird von ihnen leicht verlezt, das Sprechen, Kauen ist beschwerlich. Die Affection, gewöhnlich von örtlichen Ursachen abhängig, vergeht meistens binnen Kurzem.

An den Zungenrändern: Röthung, Schwellung, daher Abzeichnung der Zähne an der Zunge und gekerbtes Aussehen ihres Randes, leichte Verlezlichkeit, beschwerliches Sprechen und Kauen.

An der Zungenwurzel ist die Schleimhaut mehr oder weniger dik belegt; die Papillae vallatae erscheinen geschwollen, sind empfindlich für Berührung; ein intenser bitterer Geschmak ist vorhanden, das Sprechen und Kauen ist wenig genirt. Diese Affection zieht sich, wenn sie, was jedoch selten, höhere Grade erreicht, gern ins Chronische: die Papillen bleiben vergrössert, empfindlich gegen Berührung und der subjective bittere Geschmak dauert an.

Am Gaumengewölbe (Palatitis) wird die Hyperämie hauptsächlich durch Tabaksrauch, heisse oder scharfe Speisen hervorgerufen, erregt ein widriges Kizeln und Brennen, die Schwellung ist unbedeutend, das Kauen und die Bissenbildung sehr erschwert. Die Affection ist meist von kurzer Dauer.

An den Gaumensegeln, der Uvula und den Mandeln (Angina simplex, rheumatica, catarrhalis) sind Hyperämieen ausserordentlich häufig, entstehen theils für sich allein daselbst, theils und noch häufiger in Begleitung von Affectionen der Respirationsorgane (besonders Coryza), des Darms, der äussern Haut. Zuweilen, besonders bei Anginen, welche Hautausschläge begleiten und welche, was bemerkenswerth ist, der Eruption auf der Haut häufig vorangehen, ist die Hyperämie flekig disseminirt, meist aber flächenartig ausgebreitet. Die Theile, besonders der Rand des Gaumensegels, die Uvula, die Schleimhaut, welche die Mandeln überzieht, sind geröthet, mit einer Schichte Schleim überzogen, die Uvula häufig verlängert mit seitlicher Stellung, zuweilen etwas ödematös, die Mandeln etwas vergrössert. Ein Gefühl von Hize, Brennen, Stechen, Rauhigkeit, Trokenheit ist im Rachen und veranlasst den Kranken zu häufigem Leerschluken. Die Schlingbewegungen sind erschwert und schmerzhaft, die Stimme belegt, das Sprechen etwas schmerzhaft; oft werden Stiche gegen die Ohren hin gefühlt. Dieser Zustand geht häufig ins Chronische über. Dann zeigen die Theile eine düstere Röthung, sind oft mit varicösen Gefässen durchzogen und mit eitrigem Schleim bedekt, die Uvula bleibt vergrössert, behält eine schiefe Stellung, ist oft gekrümmt, die Mandeln bleiben gross, zeigen oft klaffende Follikel und einzelne ulcerirte Stellen. Die Affection breitet sich in solchen Fällen fast immer auf den Pharynx aus, dessen hintere Wand geröthet, mit Varicositäten durchzogen und mit eitrigem Schleim oder Krusten bedekt ist.



Die Pharyngealhyperämie kann neben anderen Störungen, oder isolirt bestehen und bringt ein Gefühl von Hize, Brennen hervor, erschwert die Schlingbewegungen und verändert die Stimme. Sie ist bei kleinen Kindern besonders darum lästig und selbst gefährlich, weil das lokere Gewebe des Pharynx bei ihnen so beträchtlich anschwellen kann, dass vollständige Unmöglichkeit des Schlingens und selbst der Athembewegungen dadurch entstehen.

Bei allen diesen Affectionen findet nicht selten eine vermehrte, zuweilen ziemlich reichliche Speichelabsonderung und zuweilen ein hässlicher Geruch aus dem Munde statt.

Die beschränkten Hyperämieen in der Mund- und Rachenhöhle verlaufen oder bestehen gewöhnlich ohne alle Theilnahme des Gesammtorganismus oder einzelner entfernter Körpertheile. Nur bei kleinen Kindern oder sehr empfindlichen Personen treten zuweilen Unruhe und Fieberbewegungen, Convulsionen, Kopf- und Darmsymptome meist von kurzer Dauer ein. Bei stärkerer Anschwellung kann die Aufnahme, Verarbeitung und Weiterführung der Nahrung und bei Schwellung des Pharynx selbst der Lufteintritt in die Respirationsorgane erschwert sein.

In den meisten Fällen sind diese Affectionen so unbedeutend und belanglos, dass sie von dem Befallenen selbst gar nicht beachtet werden, oder erregen sie doch nur örtliche Beschwerden. Anders verhält es sich freilich oft bei Säuglingen, jungen Kindern und andern zarten empfindlichen Subjecten, wo mehr oder weniger schwere Erscheinungen der Theilnahme der Gesammtconstitution, des Gehirns und des Darms auch den unbedeutendsten localen Störungen folgen können, so dass nicht selten der Ausgangspunkt eines gefahrdrohenden und höchst lästigen Symptomencomplexes in der Mundhöhle zu finden ist. — Hiezu kommen noch die mannigfachen Folgen ungenügender Ernährung, unvollständigen Kauens und der Luftabsperrung, durch welche schon erhebliche Zufälle herbeigeführt werden können.

III. Die **Behandlung** der beschränkten Hyperämieen in der Mund- und Rachenhöhle hat zur Aufgabe:

die Entfernung der Ursachen und die Vermeidung neuer schädlicher Einwirkungen;

die Anwendung milder Mundwasser;

bei hartnäkigen Affectionen den Gebrauch topischer Adstringentien;

die symptomatische Behandlung der consecutiven Zufälle.

Die meisten dieser Affectionen heilen von selbst und rasch genug, zumal wenn die Ursachen beseitigt sind und die Theile vor neuen Einwirkungen bewahrt werden. Milde örtliche Mittel unterstüzen die Heilung. Nur bei Unzulänglichkeit

der causalen Therapie (fortdauernde Constitutionsstörungen, wie Scorbut, Syphilis) oder bei überhaupt hartnäkigen Affectionen hat man durch topische Anwendung von adstringirenden und selbst caustischen Mitteln direct auf Beschränkung der Hyperämie hinzuwirken.

b. Die heftigeren Grade der Hyperämie der Mund- und Rachenhöhlenschleimhaut (Stomato-Pharyngitis erythematosa).

I. Die heftigeren Grade der Hyperämie können in jedem Alter entstehen durch intensive örtliche Einwirkungen (Verbrennung mit heissen Flüssigkeiten etc.),

durch Misshandlung mässigerer Erkrankungen,

bei Constitutionserkrankungen (Scharlach, Erysipelas ambulans, auf der Höhe und bei schlimmen Wendungen schwerer Krankheiten),

zuweilen auch ohne bekannte Ursache.



Sie entstehen bei kleinen Kindern der grösseren Vulnerabilität der Schleimhaut wegen unendlich leichter und auf geringfügigere Veranlassungen.

Die erythematöse Stomatopharyngitis ist mit Ausnahme des frühsten Kindesalters und der Fälle von Scharlach eine ziemlich seltene Affection, die alsdann meist örtliche Ursachen hat, wenn gleich sie zuweilen auch in scheinbar spontaner Art auftritt. — In höchst schweren, vorgerükten Erkrankungen beliebiger Art tritt die erythematöse Stomatopharyngitis zuweilen als eine Art terminaler Affection ein, unter der entweder der Kranke zu Grunde geht oder die im weiteren Verlaufe zu stellenweisen Bläscheneruptionen, Exsudationen und sofort zur Soorbildung Veranlassung gibt.

II. Die intensive Hyperämie betrifft entweder die Schleimhautauskleidung der gesammten Höhle, oder die der vorderen Partie allein (Stomatitis erythematosa), oder und am häufigsten die des hintern Theils der Höhle (Pharyngitis erythematosa).

Die Schleimhaut ist überall stark und ziemlich gleichförmig geröthet, etwas geschwellt, oft auffallend glatt und glänzend, schmerzhaft für jede Berührung und empfindlich gegen eine auch nur laue Temperatur. Alle Bewegungen der Organe der Mundhöhle sind schmerzhaft, schwierig und unvollkommen. Zuweilen schwellen einzelne parenchymatöse Theile gleichzeitig an. Bald bedeken sich jedoch Zunge, Bakenfläche und Zahnfleisch mit einer weissen Epitheliumschicht und die Affection läuft als Catarrh ab. Wenn sich jedoch in dieser Weise der normale Zustand nicht rasch wiederherstellt, so ist der Uebergang in andere Formen (Exsudationen, Ulcerationen), oder eine Ausbreitung auf andere benachbarte Theile zu befürchten.

Die Krankheit ist besonders bei kleinen Kindern eine in hohem Grade lästige und selbst gefährliche. Es schwellen bei ihnen die Theile zuweilen in hohem Grade an; das Zahnfleisch, die Bakenschleimhaut sind so stark geschwollen, dass das Saugen erschwert oder ganz unmöglich gemacht ist, und die lokeren Gewebe im Pharynx können eine derartige Verdikung zeigen, dass Erstikungsgefahr eintritt. Zugleich fühlt sich die Mundhöhle äusserst heiss an. Bei älteren Subjecten ist die Erkrankung zwar lästig genug, aber doch weit nicht in dem Grade gefährlich, wie bei Kindern. Das Kauen, das Schlingen und das Sprechen wird höchst schwierig und schmerzhaft. Wenn sich die Krankheit etwas in die Länge zieht, oder auch schon von Anfang an tritt eine vermehrte Speichelsecretion ein und der Geruch des Athems wird stinkend.

Sehr häufig ist die erythematöse Stomatopharyngitis nur der Einleitungsprocess für andere Störungen, für Bläscheneruptionen, Diphtheritis, submucöse Abscedir-

ungen, Ulcerationen, Soorbildung, welche bald in der ganzen Höhle, bald nur an einzelnen Stellen sich einfinden, in welch lezterem Falle an den übrigen die Hyperämie erlischt oder als einfacher Catarrh abläuft.

Diphtheritische Exsudationen sind vornehmlich im kindlichen Alter und bei der scarlatinösen Stomatopharyngitis zu befürchten. Bläscheneruptionen kommen durch eine einfache Stomatopharyngitis vereinzelt häufig, in grösserer Zahl meist nur bei cachectischen Subjecten zustande. Submucöse Abscedirungen sind ziemlich selten und finden sich vornehmlich bei sehr heftigen oder höchst vernachlässigten Fällen.

Parasitüberwucherungen compliciren bei unreinlichem Verhalten und bei Säuglingen auch schon die leichtesten Hyperämieen und Catarrhe um so sicherer und dann auch bei älteren Subjecten die schweren Formen der Erkrankung. Ulcerationen entstehen bei Kindern, doch meist nur nach vorausgehenden membranösen Absezungen, oft in grossem Umfange, bei Erwachsenen dagegen mehr zerstreut und vereinzelt.

Das Ueberschreiten der Erkrankung auf den Larynx ist vornehmlich bei Verbrennungen und bei der Stomatopharyngitis der kleinen Kinder zu fürchten, das Ueberschreiten auf den Oesophagus vornehmlich nur bei der mit Soor complicirten Form.



Bei der verbreiteten Stomatopharyngitis sind allgemeine Erscheinungen die Regel. Sie bestehen:

in fieberhafter Constitutionserkrankung;

in Symptomen von Hirncongestion;

in den Folgen der erschwerten Respiration;

in der Theilnahme des Intestinaltractus.

Bei Erwachsenen sind es leichte Fiebererscheinungen, Kopfweh, Schlaflosigkeit und andere Zeichen der Gehirnhyperämie, Symptome von Gastrointestinalcatarrh, meist mit Verstopfung. — Bei Säuglingen können die Erscheinungen ernsthafter sein. Der Schmerz, das vergebliche Abmühen zu saugen, die längere Entbehrung der Nahrung versezt sie oft in eine grosse Aufregung, die sich durch Winseln, beständige Unruhe, convulsivische Bewegungen, Anfälle von Gichtern, Schlaflosigkeit, heisse Haut und heissen Kopf zu erkennen gibt. Wenige Tage später, wenn sich der Zustand nicht hebt, macht sich sofort eine zunehmende Erschöpfung, Abmagerung, Schwäche der Bewegung, Schlafsucht, Collapsus bemerklich; und es kann geschehen, dass die Kinder in einem Anfall von Convulsionen oder an allmäliger Erschöpfung zu Grunde gehen. Hiezu kommt noch, dass meist durch die Schwellung der Mundschleimhaut das Athmen etwas erschwert wird, dass sich die Hyperämie auf die Respirationsorgane ausdehnen kann und dass gewöhnlich auch der Darm catarrhalisch erkrankt, woraus neue Gefahren: Bronchitis, Pneumonie, Gastromalacie, Cholera drohen. Wenn in solchen Fällen auch das Kind die Krankheit übersteht, so bleibt es danach doch längere Zeit in Hinfälligkeit zurük und erholt sich nur äusserst langsam.

III. Therapie.

Zur Cur der erythematösen Stomatopharyngitis sind alle veranlassenden und unterhaltenden Ursachen zu beseitigen;

in der ersten Zeit ist mit milden, auch wohl kalten Applicationen zu verfahren;

bei stellenweise besonders intensiven Hyperämieen können z. B. an dem Zahnfleisch Scarificationen gemacht werden;

später sind leicht reizende und nach und nach stärker einwirkende, selbst cauterisirende Substanzen anzuwenden.

Dabei ist das Fieber und sind die begleitenden Störungen zu berüksichtigen.

Endlich ist, zumal bei kleinen Kindern, für eine genügende Ernährung Sorge zu tragen.

Sind Ursachen vorhanden, welche sofort entfernt werden können (scharfe Zahnecken, Weinstein, habitueller Genuss von scharfen Speisen, übermässiges Rauchen etc.), so sind diese zuerst zu berücksichtigen. Ausserdem genügen in den meisten Fällen schleimige Mundwasser. Die Nahrung muss flüssig oder breiartig, mild und nicht zu warm sein. Das Kauen und Saugen ist zu vermeiden oder doch zu beschränken. Säuglingen ist daher die Brust nur selten zu reichen, zur Löschung des Dursts wie zur Ernährung ein schleimiges Getränke (Gerstenabsud) mit etwas Milch oder auch die Frauenmilch in Löffeln zu geben. — Bei heftigen Affectionen können bei Erwachsenen narcotische Mundwässer und ein Laxans nöthig werden. Bei lebhaftem Fieber ist strenge Diät, ein Essigklystir, nach dem Laxir ein Getränk von süssen, schwach eröffnenden Früchten anzuwenden.

Nur selten wird bei zögernden Erkrankungen oder bei solchen, bei welchen man aus irgend einem Grunde eine schlimme Weiterentwiklung befürchten muss, die Anwendung von reizenden und caustischen Mitteln nöthig.

c. *Der Catarrh der Mund- und Rachenhöhle.*

I. Der Catarrh der Mund- und Rachenhöhle kommt vor:

am häufigsten neben den verschiedensten Erkrankungen des Magens, Darms und der Constitution (Fieber);

fast in allen Fällen, wo die Speicheldrüsen, Tonsillen acut oder erheblich erkrankt sind oder wo eine schwere Affection von andern benachbarten Theilen der Mund- und Rachenhöhle sich nähert;

als begleitende oder nachfolgende Affection bei den meisten sonstigen Störungen der Mund- und Rachenhöhlenschleimhaut;

in Folge einer Ausbreitung des Catarrhs der Nasenhöhle auf die Schleimhaut des Rachens;

zuweilen local, sei es, dass örtliche Einwirkungen stattgefunden haben, sei es, dass ein secundärer Mund- und Rachencatarrh die primäre Krankheit, durch die er entstand, überdauert, sei es endlich, dass er auf indirectem, nicht näher zu erklärendem Wege (nach Gemüthsbewegungen, Nachtwachen) oder auch ohne bekannte Ursache local entsteht.

Bei manchen Individuen (Rauchern, Trinkern und Anderen) ist der Mundcatarrh so habituell, dass er gleichsam bei ihnen zur Norm geworden ist. Entweder haben sie fortwährend einen Zungenbeleg oder zeigt sich dieser wenigstens jeden Morgen und ist erst durch Reinigung der Zunge oder durch Essen zu entfernen. Falls dabei keine anderen Beschwerden und Nachtheile vorhanden sind, wird dieser Zustand gar nicht als krankhaft angesehen, so wenig als die mässige Schleimsecretion in der Nase, in der Vagina, die sich bei vielen Menschen findet. Es ist jener habituelle Mundcatarrh jedoch darum zu beachten, weil im Falle sonstiger Erkrankung die Verhältnisse der Zunge bei solchen Individuen anders zu beurtheilen sind, als bei andern. — An diese bedeutungslosen habituellen Catarrhe schliessen sich in unmerklichen Uebergängen andere an, welche zwar auch hartnäkig und habituell sind, aber doch zeitweise lästig werden oder auch dauernd die Functionen der Schleimhaut beeinträchtigen; diese werden vornehmlich bei älteren Subjecten gefunden, welche viel pikante Speisen und Getränke im Laufe ihres Lebens genossen haben, oder bleiben sie auch wohl nach einer acuteren Affection bei Greisen hin und wieder zurük und verlieren sich nur schwierig oder gar nicht mehr.

Der Catarrh der Mundhöhle ist überhaupt eine so gemeine Affection, dass er häufig ganz unbeobachtet bleibt, oder dass man ihn höchstens als Nebenerscheinung bei anderen Erkrankungen gelegentlich berüksichtigt. Man hat sich gewöhnt, den Mundhöhlencatarrh als einen Maassstab für den Zustand des Magens und wohl auch des übrigen Darmes anzusehen. Aber so sehr diess für viele Fälle richtig ist und in der That oft die Belege der Zunge in dem Grade zunehmen oder sich lösen, als der Zustand des Magens sich verschlimmert oder sich bessert, so ist doch nicht zu übersehen, dass manche andere Einflüsse die catarrhalische Affection der Mundhöhle hervorrufen oder steigern können, wodurch aller Parallelismus zwischen

dieser und der Magenerkrankung unsicher oder aufgehoben wird. Vornehmlich sind es die Störungen in der Nähe der Mundhöhle, die Speicheldrüsenaffectionen, die Zungenerkrankungen, die Tonsillenanschwellungen, bei deren acutem Eintritt ein intensiver Mundhöhlencatarrh selten fehlt, wenn auch der Magen wenig afficirt ist. C. Pfeufer (Zeitschrift für rationelle Medicin, VII, 181) hat zuerst auf das isolirte Vorkommen des Mundhöhlencatarrhes aufmerksam gemacht.

Diesen localen Mundcatarrh bemerkt man ausser nach örtlichen Einwirkungen am häufigsten nach Schlaflosigkeit, oder bei Ungewohnten schon nach einer einzigen durchwachten oder gestörten Nacht; ferner nach Gemüthsbewegungen. Zuweilen tritt er auch ganz spontan auf oder bleibt er nach einer verbreiteten Störung isolirt zurück.

Auch der Rachencatarrh findet sich nicht selten als eine habituelle Erscheinung, theils nach vorausgegangenen acuten Affectionen in diesen Partieen, theils in Folge allmäliger und stiller Entwiklung. Besonders kommt er vor bei Trinkern, Sängern, Rauchern, ferner bei scrophulösen und syphilitisch gewesenen Individuen. Er kann in solchen Fällen mit dem Mundcatarrh verbunden sein oder für sich allein bestehen. — Ferner aber ist der Rachencatarrh eine häufige acute oder mehr chronische Affection, die durch zahlreiche, oft der Wahrnehmung sich fast entziehende Ursachen: Erkältungen, Ueberanstrengung der Theile durch Sprechen und Singen, als fortgeleitete Störung bei Erkrankung der Nachbartheile, als einleitende Erscheinung bei vielen andern Erkrankungen der naheliegenden Organe oder der Constitution (Syphilis, Scropheln, acute Exantheme, Typhus) vorkommt.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, bei den chronischen catarrhalischen Zuständen der Mund- und Rachenhöhle den Ursachen nachzuforschen und es ist hierbei besonders darauf zu untersuchen, ob dieselben nicht von anderweitigen chronischen Erkrankungen in der Schleimhaut selbst (Ulcerationen u. dergl.), oder in den unterliegenden Theilen (Knochen u. s. w.) hervorgerufen und unterhalten werden, oder ob chronische Catarrhe in den benachbarten und verborgenen Theilen bestehen, die den Catarrh der Mund- und Rachenschleimhaut nicht zur Heilung kommen lassen, wie z. B. in den Choanen, in dem Oesophagus und Magen, vorzüglich aber in dem Larynx, dessen chronische, von Lungentuberculose abhängige Erkrankung häufig durch wenig Symptome sich kund gibt, aber doch im Stande ist, einen Laryngealcatarrh zu unterhalten.

II. Pathologie.

Der Mund- und Rachencatarrh hat verschiedene Intensitätsgrade und ist bald eine acute, bald eine chronische, niemals eine typische Affection.

Hyperämie der Schleimhaut kann ganz fehlen, oft ist sie sehr gering, niemals von mehr als mässiger Intensität. Häufig ist sie auf einzelne Theile, z. B. die fadenförmigen Papillen, zuweilen, vornehmlich bei Pharyngealcatarrh, auf eine Injection der grösseren Gefässe beschränkt.

Die Schleimhaut und die unterliegenden Theile sind bald nicht, bald in mässigem Grade, nur bei entschiedener Complication erheblich geschwollen. Vornehmlich zeigt sich die Schwellung an dem Zahnfleisch, der Zunge, der Uvula, den Mandeln und bei chronischem Pharyngealcatarrh an der hintern Pharynxwand, die bald ausgedehnt, bald in einzelnen vorragenden Wulstungen hypertrophirt ist.

Die Schleimhaut ist überzogen von einem dünneren oder dikeren Belege von weisser, graulicher, gelber, brauner oder schwarzer Farbe, von bald feuchter, bald trokner Beschaffenheit, am diksten auf den zwei hinteren Dritteln der Zunge gelegen, doch häufig vorragend bis zur Spize, jedoch Ränder und untere Fläche meist freilassend, bei der Besserung des Catarrhs von vorn nach hinten sich allmälig ablösend. Aehnliche Absezungen finden sich auf dem Zahnfleisch, den Zähnen, der Bakenschleimhaut. Sie bestehen wesentlich aus Epithelium, dem andere Substanzen, zum Theil

zufällig, bald sparsamer, bald reichlicher beigemischt sind. Häufig haften Pilzformen daselbst und vervielfältigen sich in dem Belege.

In dem hintern Theile der Höhle, besonders auf der hintern Rachenwand finden sich zuweilen dünne Schichten von eitriger Auflagerung oder von verkrustenden Absezungen.

Die Mundflüssigkeit (Speichel) ist bald vermehrt, wie namentlich bei mässigen und bei chronischen Catarrhen, bald vermindert, wie besonders bei höchst intensiven Affectionen.

Die Perception objectiver Geschmakseindrüke ist aufgehoben oder vermindert; dagegen sind häufig subjective Geschmäke (pappiger, saurer, bitterer Geschmak) vorhanden. In Folge dessen findet sich meist Widerwille gegen Speisen.

Häufig ist ein übler Geruch aus dem Munde vorhanden.

Die Bewegungen der Theile (Kaubewegungen, Lippenbewegungen, Zungenbewegungen) sind nur bei sehr diken, zumal bei troknen Belegen erschwert, selten ganz unmöglich.

Die Zähne können bei langem Fortdauern cariös werden.

Allgemeine und consecutive Erscheinungen hängen niemals direct von dem Mund- und Rachencatarrh ab, sondern entweder von den diesen selbst veranlassenden weiteren Affectionen oder von der durch die Geschmaksabstumpfung und die widerlichen subjectiven Geschmäke bedingten Verminderung der Nahrungseinfuhr.

Die verschiedenen Intensitätsgrade des Mund- und Rachencatarrhs bedingen manche Abweichungen in den Erscheinungen, indem die leichtesten, freilich kaum beachteten Formen unmittelbar an den normalen Zustand sich anschliessen, während die intensivsten Formen von Diphtheritis nicht zu unterscheiden sind.

Der Catarrh kann auf einer, nicht nur normal vascularisirten, sondern selbst anämischen Schleimhaut bestehen und es scheint sogar gerade die Anämie oft die Veranlassung zu der catarrhartigen Stagnation des Epitheliums zu geben. Von Wichtigkeit sind als Zeichen der Hyperämie die feinen Injectionen der zugleich etwas angeschwollenen fadenförmigen Papillen an der Spize der Zunge, während die hinteren Papillen weit seltener hyperämisirt erscheinen. Noch auffallender und häufiger sind die acuten und chronischen Blutüberfüllungen an den Gaumensegeln, an den Mandeln und an der hinteren Pharynxwand, welche den Catarrh dieser Theile begleiten.

Die Schwellung des Zahnfleisches ist bei dem blossen Catarrh meist nicht sehr beträchtlich, die der Zunge gibt sich daran zu erkennen, dass die Zähne Eindrüke an dem Zungenrande hervorbringen. Die Bakenschleimhaut ist meist nur bei Kindern stärker geschwollen, doch zeigt sie auch bei Erwachsenen zuweilen die Eindrüke der Zahnreihen. Die Uvula dagegen ist häufig vergrössert, in chronischen Fällen verlängert, oft seitwärts gebogen, oft hängt sie gegen den Larynx herab und kann diesen auf eine lästige Weise reizen. Die Tonsillen sind bei allen intensiveren Catarrhen der Pharyngealgegend, acuten wie chronischen, etwas angeschwollen und können bei langer Dauer der Affection nach und nach ein nicht unerhebliches Volumen zeigen. Auf der Pharynxwand bemerkt man nur bei chronischem Catarrh, aber dann zuweilen nicht unbeträchtliche Wulstungen und Verdikungen.

Der Beleg der Schleimhaut, der sich am meisten und diksten auf der Zunge zeigt, ist das characteristischste Zeichen des Mundcatarrhs und kann je nach dem Grade des lezteren verschiedene Dike zeigen. Er hängt theils von dem stagnirenden Epithel, theils von Absezungen aus der Mundflüssigkeit und zufälligen Beimischungen ab, wodurch schon mannigfache Differenzen herbeigeführt werden. R. Miquel (Prager Vierteljahrschrift XXVIII, 44) hat denselben einer genaueren Untersuchung unterworfen und gibt an, dass in dem Belege, der bei einer grossen Zahl sonst gesunder Menschen vorzüglich des Morgens auf dem hintern Drittel der Zunge

gefunden wird, die grösste Masse von den grossen, platten Epithelien der Zungenschleimhaut gebildet werde, dass darin aber auch andere Formen aus anderen Theilen der Mundhöhle herstammend, ferner eine zahllose Menge kleiner Stäbchen, meistens $^1/_{50}$ — $^1/_{80}$''' lang und $^1/_{800}$''' dik, die in Säuren und Kali nicht löslich sind, ferner grosse, bräunlich gefärbte Platten, die aus den eben erwähnten Stäbchen, Epithelium und einem körnigen braunen Farbstoff zusammengesezt sind, Fetttröpfchen, Cholestearincrystalle, Kalksalze, Vibrionen und zufällig liegen gebliebene Speisereste vorkommen. Bei intensiverem Catarrhe fand er den Beleg fast nur aus Zungenschleimhautepithelien bestehend, die jünger, kleiner und blässer waren, als im ersteren Falle, während die Stäbchenmassen und bräunlich gefärbten Platten im frischen Zustande des Beleges nicht vorkommen sollen. In Fällen, wo ein Zungenbeleg neben Dyspepsie besteht und die Mundflüssigkeiten zugleich eine alkalische Reaction zeigt, soll nach ihm der Beleg die Zusammensezung der zuerst erwähnten Form haben. In dem Zungenbelege, der neben Speichelfluss vorkommt, fand er eine grosse Menge Fetttröpfchen, körniges Fett, amorphe Verklebungsmasse und unausgebildete Epithelialzellen, ausgebildete nur in geringer Zahl oder gar nicht, daneben gewöhnlich einzelne Cholestearincrystalle.

Wenn ein Zungenbeleg gelblich oder braun zu werden anfängt, so soll eine weitere Epithelialabstossung auf der Zungenschleimhaut nicht mehr stattfinden, vielmehr eine Quantität Blutfarbstoff auf der Zungenschleimhaut exsudiren und sich als eine körnige Materie auf die Epithelien oder auch als selbständiges Gebilde ablagern, daher man eines Theiles grössere Mengen von Epithelium mit bräunlicher Masse gefüllt finde, andern Theiles Aneinanderlagerungen von bräunlichen Körnern, welche die grösste Aehnlichkeit mit den sogenannten Körnchenzellen zeigen, nur dass ihre Färbung eine dunklere sei. Stäbchen und Platten sollen dabei niemals fehlen. Mit der Wendung zum Guten, zumal bei einer Vermehrung der Haut- und Nierensecretion, soll gewöhnlich wieder eine gewisse Epithelialabstossung geschehen und daher der früher braune Beleg wieder eine mehr weissliche Farbe annehmen und feucht werden. — Der schwarze und rusige Beleg der Zunge soll wesentlich in einer rapiden Absterbung und Abstossung der der Oberfläche zunächst befindlichen Epithelialschichten und in Zerreissungen kleinerer, oberflächlich verlaufender Capillarien bestehen und theils ziemlich unversehrte, zusammenhängende Epithelien, theils aber die übrigen Bestandtheile der weissen Belege zeigen, wobei Miquel zweifelhaft lässt, ob die schwarze Färbung von Blut, oder von abgestorbenen Epithelien abhänge.

In den hinteren Theilen der Höhle finden sich einfache Schleimbelege nur ausnahmsweise, eher dagegen eine dünne Schichte puriformen Schleimes, oder auch da und dort eine verkrustete Absezung.

Anomalieen der Speichelsecretion begleiten gewöhnlich den Catarrh und nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität der Mundflüssigkeit ist in vielen Fällen sehr auffallend verändert. In lezterer Beziehung bemerkt man bald eine saure oder alkalinische Reaction, ohne dass bis jezt genügende Thatsachen die Beziehung zu verschiedenen Arten des Mundcatarrhs feststellten. Selbst das Verhältniss der Menge der Speichelsecretion zu dem catarrhalischen Zustande der Höhle scheint auf anderen, als den bisher bekannten Umständen zu beruhen und es ist mindestens annoch keine feste Regel darüber anzugeben.

Die Verminderung und Aufhebung der Geschmaksperceptionen scheint theils von den diken Belegen abzuhängen, welche das Durchdringen der Substanzen zu der schmekenden Fläche verhindern oder erschweren, theils zuweilen von der Trokenheit der Höhle, theils endlich von dem krankhaften Zustand der Schleimhaut selbst. Auf lezterem und namentlich auf der überwiegenden Affection der einzelnen Provinzen der Zunge scheint die Entstehung subjectiver Geschmäke (bitterer, saurer Geschmak etc.) zu beruhen; viel seltener wenigstens auf vermeintlichen Blutveränderungen, welche neben dem Mundcatarrh bestehen sollen, wie z. B. auf der biliösen Complication, für deren Anwesenheit man überdem häufig die gelbliche Beschaffenheit der Belege irrthümlich angezogen hat. Der pappige Geschmak scheint mehr von einem mechanischen Eindruk, als von wirklicher Geschmaksperception abzuhängen, bedingt durch die Masse von Epithel, welche die Mundhöhle überzieht.

Die mannigfaltigen Complicationen des Mundcatarrhs, welche diesen an Wichtigkeit oft überragen und ihn sogar als eine geringfügige Nebenerscheinung ansehen lassen, verwischen das Bild der localen Erkrankung meist und lassen namentlich die entfernten Folgen der Lezteren nicht erkennen. Von besonderem Interesse sind daher sowohl in pathologischer als auch und noch vielmehr in therapeutischer Beziehung die uncomplicirten Mundcatarrhe. Bei diesen haben die Kranken eine

dikbelegte Zunge, keinen Appetit, nicht sowohl Ekel als Gleichgiltigkeit gegen das Essen. Der Geschmak ist fade, unbestimmt, pappig oder bitter. Zwingen sie sich, etwas zu geniessen, so haben sie im Magen davon keine Beschwerde. Es kann hierbei Stirnkopfschmerz vorhanden sein oder fehlen. Pfeufer will diese Affection zuweilen ganz plözlich durch Gemüthsbewegungen haben entstehen sehen, während sie ausserdem durch örtliche, reizende Einwirkungen hervorgebracht werden kann. Es soll die Störung in wenigen Stunden vorübergehen können, gewöhnlich aber dauert sie mehrere Tage oder verschleppt sich auch wochen- und monatelang.

Die Dauer des Mund- und Rachencatarrhs ist in vielen Fällen abhängig von der Dauer der denselben veranlassenden Ursachen, nach deren Beseitigung der Catarrh rasch sich verliert, indem die Schleimhaut von vorn nach hinten ihres stagnirenden Epithels sich entledigt. Theils ist sie unabhängig von den Ursachen und der Catarrh erhält sich nach Entfernung der leztern in unbestimmter Länge.

Der Catarrh der Mundrachenhöhle kann in Stunden und wenigen Tagen sich wieder verlieren, und selbst intensive Affectionen entstehen oft mit grosser Raschheit und verschwinden eben so schnell wieder. Häufig aber geht die Affection — sei es mit ihren übrigen Complicationen, sei es isolirt — in den chronischen Zustand über.

Die gemeinschaftlichen Charactere des chronischen Stomatopharyngealcatarrhs sind Röthung mit grober Vascularisation einzelner capillarer Venen, dauerndere Schwellung der Schleimhaut, Schwellung und Prominenz einzelner Follikel, chronische Secretion von eitrigem oder von verkrustendem Schleime, zuweilen oberflächliche Erosionen, Gefühl von Trokenheit, Hize, Kizel im Munde und Schlunde, Schmerz in verschiedenen Graden, Empfindlichkeit des Theils gegen Berührung, genirte Bewegung der unterliegenden Muskel. Ueberdem am Zahnfleisch: stärkere Wulstung, Neigung zu Blutungen, grössere Entblössung, auch häufig Lokerwerden der Zähne; an der Wangenschleimhaut: Eindrüke der Zahnreihen; an dem Gaumensegel: ausgebreitete, diffuse, meist blasse Röthung, stärker an dem Rande; an der Uvula: Vergrösserung, wodurch die verlängerte Uvula oft in hartnäkiger Weise zum Husten reizt, oder Verschrumpfung, häufig Seitwärtsbiegung; an der hintern Rachenwand: besonders starke Vascularisation, hypertrophische Entwiklung der Follikel und reichliche Schleimbildung, daher häufiges Ausräuspern von Schleim, namentlich Morgens und beim Sprechen; auf den hintern Rachentheilen überhaupt: Unreinheit der Stimme, baldige Ermüdung derselben, schmerzhaftes Schlingen, Neigung zum Leerschlingen, zum Gähnen. — Die chronischen Stomatopharyngealcatarrhe sind ausserordentlich leicht und durch die geringste Veranlassung Exacerbationen unterworfen. Sehr häufig gesellen sich chronische Catarrhe der Choanen, der Tuba Eustachii, des Larynx zu ihnen.

III. Therapie.

Der frisch entstandene und der andere Affectionen begleitende und dabei mässige Mund- und Rachencatarrh bedarf keiner Behandlung.

Eine Therapie wird nur nöthig:

bei sehr diken Belegen: mechanische Entfernung derselben mehremal des Tags, örtliche Anwendung von Citronensaft;

bei sehr trokenen Belegen: Anfeuchten mit schleimigen Flüssigkeiten, Bestreichen mit Oel, örtliche Anwendung von Senföl;

bei hartnäkigen fortdauernden Catarrhen: Entfernung der Ursachen, und wenn trozdem der Catarrh sich nicht hebt, Anwendung leicht reizender, adstringirender, im Nothfall caustischer Substanzen.

Meist findet der Mundrachencatarrh keine besondere therapeutische Berüksichtigung; man begnügt sich, bei diker Schleimabsonderung mechanisch Zunge und Rachenhöhle von ihrem aufsizenden Schleim und stagnirenden Epithel zu befreien. — Bei hartnäkigem Fortdauern der Affection können in örtlicher Application (Bepinseln, Gurgeln etc.) salzige Substanzen, Chlorwasser oder irgend welche

adstringirende Mittel versucht werden. Pfeufer empfiehlt 1—2 Gran Sublimat in einem Pfund Wasser gelöst. Bleibt diese Behandlung vergeblich, so mag die Anwendung des Causticums in Substanz eintreten.

d. Die granulirte Stomatitis und Pharyngitis (einfache Follicularentzündung der Lippen und des Pharynx).

I. Hyperämie bald einzelner, bald und meist zahlreicher Follikel findet sich nicht selten an der Lippenschleimhaut und noch häufiger auf dem Pharynx. Sie scheint durch örtliche Reizungen allein weniger zustandezukommen, als vielmehr unter Mitwirkung von individuellen Dispositionen, besonders aber von constitutionellen Störungen.

Die Form der hyperämischen Folliculäraffection an Lippen und Rachen, wenn auch nicht ein sicheres Zeichen für Constitutionserkrankung, darf doch stets den Verdacht einer solchen erregen. Im Speciellen sind jedoch die Beziehungen der Localaffection zu den verschiedenen Constitutionserkrankungen nicht erschöpfend festzustellen. Zwar bei einigen Arten der Leztern ist die granulirte Form der Schleimhauterkrankung jener Stellen auffallend häufig, wenn auch nicht geradezu die Regel: so bei Mercurialismus, bei constitutioneller Syphilis. Ferner aber scheint auch die scrophulöse Constitution, zuweilen der Scorbut, der Alcoolismus, die Tuberculose, Anämie, Chlorose und manche andere nicht immer benennbare Constitutionsabweichung zu derartigen Formen der Localerkrankung zu disponiren: wenigstens sieht man dieselbe bei manchen Individuen wiederholt in gleicher Weise auftreten und mit einer gewissen Hartnäkigkeit fortdauern, bei welchen ausgesprochene Zeichen jener Constitutionsstörungen vorhanden sind oder doch Andeutungen von solchen oder mindestens von einer abnormen Gesammternährung sich bemerken lassen, während andrerseits bei ganz gesunden und constitutionskräftigen Menschen locale Einflüsse nicht von der granulirten und folliculären Form der topischen Erkrankung gefolgt sind. Die Folliculäraffection der Mundrachenhöhle entspricht in diesem Verhalten den Follikelerkrankungen anderer Schleimhäute, welche gleichfalls überwiegend häufig Ausdruk constitutioneller Störungen sind.

II. Pathologie.

A. Die granulirte Folliculäraffection an den Lippen beginnt mit disseminirten Hyperämieen, in deren Mitte sich zeitig knötchenartige, hirsekorngrosse, fast spizige Erhabenheiten bilden, deren oft nur wenige, oft zahlreiche sich bilden. Die Hyperämie ermässigt sich darauf und beschränkt sich auf den Umkreis der Knötchen. Leztere können nach kurzem Bestande sich wieder verlieren oder persistiren, in welchem Falle meist neue Knötchen oft in sehr grosser Anzahl und die ganze Schleimhaut der Lippen bedekend sich bilden, oder sie gehen in Bläschen oder endlich in circuläre Erosionen und Geschwürchen über.

Meist bedingt diese Affection nur einige Spannung und Unbequemlichkeit, oft nicht einmal diese und wird darum häufig übersehen. Nur bei grosser Anzahl der Knötchen oder beim Uebergang in Ulcerationen wird die Bewegung der Lippen erschwert, tritt Salivation ein und kann durch weitere Ausdehnung der Verschwärungen selbst ein mehr oder weniger schwerer Zustand sich herstellen.

Diese sehr häufige Affection wird grösstentheils wenig beachtet, obwohl sie manchmal schon darum von Interesse ist, weil sie die Aufmerksamkeit auf bestehende constitutionelle Erkrankungen lenken kann, auch durch die weiteren Störungen, zu denen sie Anlass zu geben pflegt, Wichtigkeit erhält.

B. Die granulirte Entzündung des Pharynx beginnt mit einer meist diffusen Hyperämie, an der die Oberfläche der Mandeln, der Gaumensegel

participirt. Bald bemerkt man auf der hyperämischen Fläche zahlreiche kleine intensiver geröthete, oft violette Erhabenheiten, welche bald mehr zerstreut, bald mehr dicht gedrängt stehen, während ein gewöhnlich sparsamer eitriger Schleim auf der Fläche abgesondert wird. Schmerzen, Stiche, Schlingbeschwerden, Veränderung der Stimme sind meist zugleich vorhanden. Der Zustand erhält sich meist lange und wird unter zeitweisen Remissionen chronisch bald in der Weise, dass die Granulationen als solche sich erhalten oder für die abheilenden neue auftreten, oder dass sich seichte Verschwärungen ausbilden. Stets ist eine grosse Geneigtheit zu Miterkrankung benachbarter Schleimhäute vorhanden.

Die granulirte Pharyngitis stellt sich beim ersten Auftreten oder bei acuteren Exacerbationen wie eine gewöhnliche catarrhalische Angina dar und kann selbst mit leichten Fieberbewegungen, allgemeiner Hinfälligkeit, Uebelbefinden, Appetitverminderung verbunden sein. Sie hat aber das Eigenthümliche, dass sie selten so rasch wie jene sich wieder verliert, vielmehr ein chronischer Zustand sich anzuschliessen pflegt, der wohl in seinen Remissionen wenig beachtet wird, bei Untersuchung der Rachenhöhle aber stets erkannt werden kann und nicht nur durch immer wiederkehrende bald leichtere, bald bedeutendere Exacerbationen, sondern bei empfindlichen Subjecten, bei solchen, die viel reden, singen müssen, selbst zur Zeit der Remission lästig wird, indem er einen fortwährenden Kizel, Nöthigung zum Leerschluken, baldige Ermüdung der Stimme unterhält. — Aber diese granulirte Pharyngitis hat noch den weiteren grösseren Nachtheil, dass bei ihrer oft Jahre langen, selbst über Jahrzehnde sich erstrekenden Fortdauer die Erkrankung in derselben oder in anderer Form auf die Nachbartheile sich ausdehnt. Zunächst participiren die Tonsillen durch gleichfalls folliculäre Entzündung, allmälig durch bleibende Vergrösserung, sofort die Gaumensegel, die Eustachische Röhre, häufig der hintere Zungentheil (bitterer Geschmak), der Oesophagus, besonders aber die Epiglottis, der Kehlkopf und der Rachen. Chronische Heiserkeit, Auswurf, Ulcerationen des Kehlkopfs und der ganze Complex von functionellen und Ernährungsstörungen, welcher auf Lungentuberculose hinzuweisen pflegt, kann hier in täuschender Weise sich ausbilden. Es ist in manchen Fällen um so schwieriger, die Verhältnisse richtig zu beurtheilen, als die chronische granulirte Pharyngitis bei wirklicher Lungentuberculose auch und zwar besonders häufig vorkommt und da desshalb das Auffinden der Pharynxveränderungen noch nichts über die Integrität der Lungen entscheidet, vielmehr es oft sehr zweifelhaft bleibt, wie viel von den einzelnen consecutiven Erscheinungen dem einen und wie viel dem andern Zustand zukommt.

Zuweilen entsteht durch die granulirte Pharyngitis nach heftigen Exacerbationen oder nach langer Dauer eine lähmungsartige Erschlaffung des Schlundkopfs, wodurch das Schlingen erschwert wird und von dem Bissen, zumal von Flüssigkeiten Theile in den Larynx gelangen, des Gaumensegels, wodurch die Intonation nothleidet, und der Uvula, welche gegen die Larynxöffnung herabhängt und den Kehlkopf reizen kann — sämmtlich Nachtheile, die in einzelnen Fällen zwar unerheblich sind, in andern dagegen der Grund langwieriger, höchst lästiger und kaum besiegbarer Beschwerden werden können.

III. Therapie.

Die granulirte Lippenschleimhautaffection bedarf meist keiner besonderen Therapie, als der Abhaltung von Reizen und andern nachtheiligen Einflüssen. Wo sie in lästiger Weise fortbesteht oder in Ulceration überzugehen anfängt, werden milde Adstringentien applicirt.

Die granulirte Pharyngitis verlangt die Abhaltung aller zweklosen Reizungen, möglichste Ruhe der Theile, ein warmes Verhalten des Halses, die örtliche Application warmer Flüssigkeiten (Gurgeln, Trinken von Thermalwässern), die topische Anwendung von adstringirenden und caustischen Substanzen.

Die erfolgreiche und radicale Behandlung der granulirten Pharyngitis ist eine äusserst schwierige. Zwar wird sehr häufig der Zustand so gering geachtet, dass er gar nicht Gegenstand der Therapie wird: wo aber eine Behandlung einzutreten hat, wie bei Rednern, Sängern, bei Ausbreitung der Affection auf die Eustachische Röhre, den Larynx und Oesophagus, gelingt es meist auch nur, eine Linderung, selten selbst bei sehr aufmerksamen und fügsamen Patienten eine volle Herstellung zu erzielen. Vermeidung der Kälte, Ruhe der Theile sind die ersten Erfordernisse einer einigermaassen erfolgreichen Cur. Weiter kann in warmer Jahrszeit ein Versuch mit einem Thermalwasser (Acratotherme, warmer salinischer Quelle, Schwefeltherme) gemacht werden, während zu anderer Zeit die topische Behandlung mit Alaun, einer Lösung von Silbersalpeter (10—60 Gran auf die Unze), Cauterisationen mit dem trokenen Höllenstein oder ähnliche Mittel mit Ausdauer anzuwenden sind. Stets hat die Cur bei irgend eingewurzelten Affectionen über Jahre und Monate sich auszudehnen, wenn ein bleibender Erfolg erzielt werden soll. Dass daneben die constitutionellen Verhältnisse ihre ausgedehnteste Berücksichtigung finden müssen, versteht sich von selbst.

e. Die Blennorrhoe der Mund- und Rachenhöhle.

Die Blennorrhoe schliesst sich dem chronischen Catarrhe und der Follicularerkrankung an, kömmt fast nur in der Rachenhöhle vor und besteht in einer reichlichen Production von puriformem Schleim auf einer chronisch gerötheten, gewulsteten, oft mit einzelnen Papillarwucherungen oder grösseren vortretenden Wülsten besezten Schleimhaut.

Sie erfordert die Anwendung von adstringirenden und sofort caustischen Applicationen.

2. Vermehrung und qualitative Veränderung der Secretionen in der Mund- und Rachenhöhle.

In mannigfacher Weise compliciren Anomalieen der Secretion die übrigen krankhaften Vorgänge in der Mund- und Rachenhöhle. Der Catarrh besteht zu einem guten Theile in Anomalieen der Epithelialsecretion und solche sind auch stets bei den exsudativen Processen mit vorhanden. Die vermehrte Speichelsecretion complicirt die verschiedensten Erkrankungen jener Höhle, und Veränderungen des Tonsillensecrets sind häufig neben Tonsillaranginen zu beobachten. Dessenungeachtet verdienen einige Formen der vermehrten und qualitativen Secretionen in der Mund- und Rachenhöhle eine besondere Besprechung, soweit sie nämlich als isolirte oder doch als vorwiegende Erscheinungen sich darstellen.

a. Disseminirte Epithelialexfoliation.

Die disseminirte Epithelialexfoliation in der Mundhöhle wurde ziemlich allgemein unter andern Namen beschrieben und grösstentheils mit andern Affectionen zusammengeworfen: Stomatocace, Stomatitis, Diphtheritis, ja selbst mit dem sog. Cancer aquaticus. Taupin, Valleix, Guersant und Blache haben die Form in ihrer Eigenthümlichkeit nicht genügend hervorgehoben, wenn auch zum Theil mit in die Darstellung aufgenommen. Rilliet und Barthez beschreiben sie unter der Benennung Stomatite ulcero-membraneuse. In Deutschland wurde die geringere Bedeutung dieser Erkrankung mehrfach erkannt durch Möller in Königsberg (Deutsche Klinik 1852, Nr. 26), Betz (Journal für Kinderkrankheiten XX. 190) und Santlus (ibid. XXIII. 161).

I. Die Ursachen der Affection sind dunkel. Sie mag bei schlechtgenährten, schlechtgehaltenen, vernachlässigten und kranken Kindern am häufigsten sein, kommt aber auch bei gesunden und wohlgepflegten vor und findet sich ebenso bei Erwachsenen, ohne dass ein genügender Grund ihrer Entstehung nachgewiesen werden könnte. Sie kommt sporadisch oder in cumulirter Weise vor.

Schlechte Wohnung, Feuchtigkeit, Unreinlichkeit, schlechte Nahrung wird als Ursache gewöhnlich nambaft gemacht. Ich habe die Erkrankung mehrmals bei

Kindern, die mit der ängstlichsten Sorgfalt gehalten wurden, beobachtet. Zuweilen sieht man die Erkrankung bei mehreren Kindern derselben Familie, aber auch dann, wenn diese ihres verschiedenen Alters wegen unter sehr differenten Verhältnissen sich befinden. Eine Contagion hat auch Taupin vermuthet.

Die Affection ist am häufigsten zwischen dem 5ten und 10ten Jahre; doch kommt sie auch früher vor, und die 6 Kranken, welche Möller beobachtete, waren Frauen mittleren Alters. Nach Rilliet ist sie häufiger bei Knaben als bei Mädchen.

Oertliche Einflüsse, cariöse Zähne, scharfe Nahrung, schädliche Spielwaaren, welche in den Mund genommen wurden, mögen zuweilen Ursache der Erkrankung sein; doch ist häufig nichts davon nachzuweisen.

Die Krankheit kommt zwar hauptsächlich im Frühjahr und Herbst, doch auch zu andern Jahreszeiten vor.

Auf der Höhe und in der Reconvalescenz von acuten Krankheiten (Exanthemen, Pneumonieen etc.) tritt die Affection zuweilen auf. Andrerseits dürften gewiss leichte Störungen der Constitution, wie sie im kindlichen Alter häufig vorübergehend vorkommen, ohne immer mit einem Kunstausdruk bezeichnet werden zu können, auf die Entstehung und Andauer der Munderkrankung von Einfluss sein.

II. Die Erkrankung beginnt mit oder ohne vorausgehende Schmerzempfindung mit einer Hyperämie in der Mundhöhle, die sich bald auf einen oder wenige linsengrosse oder etwas breitere runde oder ovale rothe Fleken an dem Rüken und den Rändern der Zunge concentrirt. Auch an der Lippenschleimhaut zeigen sich zuweilen oder später ähnliche. Meist ist auch das Zahnfleisch etwas angeschwollen und hyperämisirt. Die rothen Stellen auf Zunge und Lippen zeigen sich bald schärfer umschrieben, etwas gewulstet, können sich ausbreiten, confluiren und dadurch eigenthümliche Figuren bilden. Sie erscheinen nun wie wund und sind ihres Epitheliums beraubt. Die übrige Zunge und Mundhöhle erscheint normal, oder schwach weiss belegt, die Speichelsecretion etwas vermehrt und zuweilen von üblem Geruch. Empfindliche Individuen klagen über Schmerzen und Brennen im Munde, verweigern die Nahrung, werden unruhig und fiebern. Unempfindliche zeigen keine oder nur geringe Beschwerden. Die Affection kann auf dieser Stufe heilen, indem die Hyperämie wieder verschwindet und ein normales Epithel sich herstellt.

Oder und zwar bei manchen sehr rasch geschieht es, dass auf den rothen Fleken sich gelblichgraue Schichten von aufgequollener Epidermis bilden, welche grösstentheils nur linsengross, überhaupt vom selben Umfang wie die Fleken, auf diesen ziemlich fest adhäriren und meist nur unter Eintritt einer kleinen Blutung zu entfernen sind. Unter ihnen kann die Schleimhaut noch geschwollen und livid geröthet sein, häufig findet man aber auch unter einzelnen flache Geschwüre. Werden diese Schichten entfernt, so bilden sie sich sehr rasch wieder; doch wird meist unter ihnen die Hyperämie frühzeitig geringer und wenn sie sich spontan abstossen oder erst später abgezogen werden, so findet sich die Schleimhaut darunter ziemlich normal. Die Empfindlichkeit und Aufregung nimmt bei der Bildung dieser Schichten anfangs zu, verliert sich aber dann bald, während der Athem noch übelriechend bleibt. Die Lymphdrüsen der Mandibula zeigen meist eine Anschwellung. Der einzelne Flek heilt gewöhnlich in wenigen Tagen; doch kann eine Wiederholung der Schichtenbildung, besonders wenn die Theile mechanisch gereizt werden, die Heilung verzögern. Noch häufiger geschieht es, dass statt der abheilenden Fleke neue auftreten, oder dass nach kurzen Zwischenräumen, in welchen die Mundhöhle rein erscheint, immer wieder neue Eruptionen erfolgen,

womit das Uebel chronisch wird, meist unter nicht ganz geringer Beeinträchtigung der allgemeinen Ernährung und unter sich steigernder Reizbarkeit und Hinfälligkeit.

Diese Affection kann in der That mit der Pityriasis verglichen werden, wenn gleich sie sich durch die disseminirte Vertheilung und den beschränkten Umfang der Flecken von ihr unterscheidet. Auch mit Intertrigo der Haut findet einige Analogie, jedoch dieselbe Differenz statt. Im Anfange, ehe sich die Epithelialschichten herstellen, zeigt die Schleimhauterkrankung einige Aehnlichkeit mit manchen Fällen von Balanitis, bei welcher gleichfalls disseminirte oder zu Figuren vereinigte Excoriationen mit Schwellung der hyperämisirten Stellen sich zeigen. — Bei Erwachsenen scheint die Affection häufiger mit der Excoriation zu heilen und nicht von nachfolgender Epithelialverdikung gefolgt zu sein.

Die Erkrankung, obwohl zuweilen höchst belanglos, nur zufällig wahrgenommen und nicht Gegenstand ärztlicher Hilfeleistung, wird in andern Fällen sehr beschwerlich, theils wegen der Unbequemlichkeit und den Empfindungen im Munde, theils wegen der begleitenden Aufregung und Unruhe, die bei empfindlichen Kindern wohl zu Besorgnissen Veranlassung geben kann, theils und vornehmlich in den Fällen, die sich durch successive Eruptionen in die Länge ziehen. In einem Falle dieser Art sah ich mit den spätern Eruptionen vereinzelte Petechien auf der Haut entstehen, die Digestionsorgane wurden äusserst empfindlich, dünne blasse Stühle, mit viel Schleim vermischt, wurden unter Schmerzen entleert, und die kurzen Intervalle von Ruhe und Besserung reichten nicht hin, eine während mehrer Monate fortschreitende Verkümmerung zu verhindern. In einem andern Falle ähnlicher Art traten ecthymatöse Eruptionen mit der recidivirenden Mundaffection ein. Es steht dahin, ob diese an sich geringfügige Stomatitis zu schwereren Erkrankungen der Mundhöhle, zu ausgedehnten Verschwärungen u. dergl. ausarten kann oder ob leztere Störungen stets einen andern Ursprung nehmen.

III. Therapie.

Neben Berüksichtigung der etwaigen Ursachen und der grössten Reinlichkeit ist

während des Stadiums intensiver Hyperämie ein kühles Mundwasser zu geben;

nach Bildung der Auflagerungen ein mildes Adstringens anzuwenden, bei Hartnäkigkeit zu cauterisiren.

Zugleich ist auf genügende Stuhlausleerung zu achten.

Im Anfang ist ein schleimiges Mundwasser oder ein Chamillenaufguss die geeignetste topische Behandlung. Später kann Alaun in Pulver oder Auflösung, oder Borax, oder Chlorcalcium in Pulverform oder in einem schleimigen Vehikel die zwekmässigste und meist rasch erfolgreiche Behandlung abgeben. Wenn aber schon von Anfang an es nöthig ist, die Digestionsorgane sorgfältig zu berüksichtigen, so tritt diese Indication beim Chronischwerden der Erkrankung um so mehr ein, als nun directe Störungen derselben sich wahrnehmen lassen. Leichte Evacuantia, besonders Rheum, mit nahrhafter und leicht verdaulicher Kost, später kleine Dosen von Eisen mit dem Rheum verbunden, scheinen mir am geeignetsten zu sein; doch wird je nach dem Stande der Verdauungsorgane und je nach den von denselben gelieferten Symptomen das Verfahren zu modificiren sein.

b. Diffuse Pityriasis der Lippen und der Mundhöhle.

1. An den Lippen findet sich die Pityriasis nicht selten gleichzeitig mit solcher des Antlizes. Sie tritt mit kleinen, rothen Fleken auf, die sich ausbreiten, confluiren und auf welche eine andauernde Abstossung des Epitheliums in dünnen, durchsichtigen, später dikeren, gelben Lamellen unter dem Gefühl von Hize und Spannung folgt. Eine dünne, schleimige Flüssigkeit ist oft unter denselben zu bemerken. Die Affection ist stets langwierig und hartnäkig, macht Exacerbationen, während welcher

die Lippen anschwellen und hyperämisirt werden und kann mit einer chronischen Entzündung des Lippenparenchyms sich combiniren.

Rayer (Traité des mal. de la peau, 2 éd. II, 166) hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass die für Psoriasis ausgegebene Affection der Lippen die Charactere der Pityriasis hat. Er gibt an, dass er sie 2mal bei Individuen beobachtet habe, welche viel sprachen und die Gewohnheit hatten, sich auf die Lippen zu beissen.

2. Die diffuse Pityriasis der Mundhöhle ist selten und besteht in einer chronischen Hyperämie mit beständiger Ablösung des Epitheliums unter brennenden Empfindungen und ohne sonstige Störungen im Körper.

Rayer (II, 167) erzählt 2 Fälle von dieser Affection, wobei die Erkrankung das eine Mal auf die Zungenwurzel sich beschränkte und mit kurzen Unterbrechungen 6—6 Jahre lang anhielt, das andere Mal fast die ganze Schleimhaut der Mundhöhle afficirt war, eine grünlich weisse Farbe zeigte und nach der Ablösung des Epitheliums lebhaft geröthete Fleken sich vorfanden, die so lange sichtbar blieben, bis neues Epithelium sich gebildet hatte.

c. *Vermehrte Speichelabsonderung (Salivation, Ptyalismus, Sialorrhöa) und qualitative Abweichung des Secrets.*

Aus der älteren Zeit stammen mehrere Arbeiten über die Salivation. Vorzüglich sind zu nennen: Fr. Hofmann (de saliva ejusque morbis 1694), Roeper (de salivatione critica) und Camerarius (de salivatione, beide in Haller's Disp. med.), Böhmer (Diss. de natura et morbis salivae 1763), Siebold (Hist. system. saliv. physiol. et pathologice considerati 1797). — Erst in neuerer Zeit sind gründlichere Forschungen über die verschiedenen Verhältnisse der Salivation angestellt worden: von Donné (Arch. gén. B. VIII. 53 u. 147), von Tanquerel des Planches (Journ. de méd. II. 161 u. 193), vorzüglich aber von S. Wright (Uebersezung von Eckstein pag. 67), sowie Lehmann (Lehrb. der physiol. Chemie II. 23).

I. Aetiologie.

Die Salivation ist viel häufiger secundär, als primär.

Sie kann hervorgebracht werden:

durch örtliche, äussere Reizungen;

durch alle Arten von Krankheiten der Mund- und Rachenpartie.

Sie entsteht häufig bei Magenkrankheiten, vornehmlich bei Indigestion und begleitet die Uebelkeit, die dem Erbrechen vorangeht.

Sie findet sich bei verschiedenen Krankheiten des Gehirns und des Nervensystems, sowie in Folge von lebhaften moralischen Eindrüken.

Sie kommt mehr oder weniger häufig bei verschiedenen Constitutionsverhältnissen vor: bei Schwangerschaft, bei acuten Constitutionskrankheiten, und zwar bald complicirend, bald mit günstigem Einfluss auf deren Verlauf, so wie bei manchen chronischen Constitutionsleiden, vor Allem aber durch die Incorporation von Queksilber, auch von einigen anderen Substanzen, wie Jod, Sassaparill u. dergl.

Sie soll zuweilen in Folge und nach Verschwinden anderer örtlicher Krankheiten aufgetreten sein.

Endlich kann die Salivation auch spontan sich entwikeln, entweder nach mehr oder weniger auffallender Einwirkung von Schädlichkeiten, oder auch ohne bekannte Ursache.

Die Thatsachen über die Entstehung der Salivation sind grossentheils von etwas zweifelhaftem Charakter und stammen vielfach aus einer Zeit, deren Beobachtungen man gewöhnt ist, mit Misstrauen aufzunehmen. Dessenungeachtet ist es nicht ohne Werth, auch diese Angaben zu kennen.

Die gewöhnlichste und unbezweifeltste Aetiologie des Ptyalismus ist seine Entstehung durch Mercur, sowie durch die verschiedensten Arten von Mund- und Rachenkrankheiten. In beiden Fällen ist zwar häufig der Speichelfluss nur eine untergeordnete Theilerscheinung, wird aber zuweilen so copiös, dass er das wichtigste oder doch lästigste Symptom darstellt.

Ebenfalls ist es häufig zu beobachten, dass bei mannigfachen Magenkrankheiten Speichelfluss sich einstellt, auch hierbei oft nur in sehr mässigem Grade, andere Male in ziemlicher Intensität. Fast niemals fehlt der Speichelfluss in den Fällen, wo eine Magenüberladung zum Erbrechen reizt oder es wirklich hervorbringt, und zwar findet die stärkste Speichelung dann statt, wenn die Zeit eingetreten ist, in welcher der Durchgang des Mageninhaltes durch den Pylorus geschehen soll. Immer ist diese Speichelung mit mehr oder weniger fühlbarem Ekel verbunden und ist meist, doch nicht immer, von Erbrechen gefolgt. Auch bei Krankheiten, welche mit Erbrechen oder intensiven Ekelerscheinungen verbunden sind, sowie nach der Anwendung von nauseosen Mitteln ist die vermehrte Speichelung ganz gewöhnlich zu beobachten. Nicht selten hängt die Salivation aber auch von Magen- und Darmerkrankungen, welche nicht mit Ekelempfindung verbunden sind, ab.

Das Nervensystem hat einen kaum zu bezweifelnden Einfluss auf den Eintritt vorübergehender oder dauernder Salivationen. Manche Individuen fangen an zu speicheln beim Anblik, ja sogar bei der Vorstellung eines lekern Gerichtes. Nicht ganz selten kann man die Beobachtung machen, dass Individuen, welche irrigerweise in der Meinung sind, speicheltreibende Mittel zu nehmen, in Wirklichkeit zu speicheln anfangen (Wright p. 93). Aber auch das Vorkommen eines Speichelflusses bei Krankheiten und Affectionen des Gehirns lässt sich nicht wohl in Zweifel ziehen. Häufiger ist dieser Einfluss beim männlichen Geschlecht zu beobachten, als beim weiblichen, und man hat, zumal nach starken psychischen Einflüssen, moralischen Eindrüken und leidenschaftlichen Affecten, in einem Falle von Bierlingius nach einem intensiven Geruchseindruke, ferner bei hypochondrischen und hysterischen Zuständen, bei Melancholischen, Maniakalischen, Epileptischen und Blödsinnigen nicht selten eine mehr oder weniger beträchtliche Salivation bemerkt. Dieser Salivation schliesst sich ohne Zweifel jene an, welche bei Gelähmten (nach Apoplexieen) und bei decrepiden Greisen so oft beobachtet wird und welche wohl nur zum geringsten Theile auf Rechnung des offenstehenden Mundes und des mangelhaften Niederschlukens zu bringen ist. Auch nach vorangegangenem Schwindel, nach Ohrensausen soll zuweilen eine heilsame Salivation sich eingestellt haben. Sehr häufig findet sich ferner Salivation bei der Neuralgie des Trigeminus.

Nachtheilige Einflüsse auf die Constitution und wirkliche Constitutionskrankheiten werden vielfach als Ursache der Salivation angegeben, und es ist nur der nähere Verband zwischen dem Symptom und dem constitutionellen Verhältniss nicht zu durchschauen. Ziemlich häufig sieht man die Salivation in der Zeit der Schwangerschaft auftreten und mehr oder weniger lange fortdauern. Aber auch in den climacterischen Jahren soll dieselbe zuweilen als isolirtes Phänomen vorkommen. Ebenso hat man bemerkt, dass bei Greisen nach Erkältungen und andern zufälligen Veranlassungen eine vermehrte Speichelsecretion plözlich eintritt (Prout: stomach and primary diseases 3. ed. p. 77). Man hat sie ferner in einzelnen Fällen mit einer sizenden Lebensweise in Verbindung gebracht. Sie wurde ferner beobachtet bei Anämie, bei anhaltendem Hungern, bei der Gicht, bei Congestivzuständen, wie sie durch Suppression der Menstruation hervorgebracht werden, bei Leberkrankheiten, Pancreasaffectionen. Genaue Beobachter, wie Huxham, versichern, dass sie im Typhus nicht selten kritisch sei und auch bei Pneumonieen, Dysenterie, Wechselfieber will man eine ähnliche Bedeutung der Salivation beobachtet haben.

Etwas fabelhaft klingen die Fälle, obwohl sie zum Theil durch tüchtige Beobachter verbürgt sind, wo Salivation in Folge von Unterdrükungen localer Schweisse, nach Verschwinden von Anasarca (Grauer), nach Unterdrükung einer Leucorrhoe (Trousseau) entstanden sein soll.

Individuen, welche eine mässige Menge von Sialagogen gebrauchten, werden zuweilen von einer ungewöhnlich starken Salivation, oder von einer bleibenden Neigung zu derselben befallen, und auch nach dem Gebrauche von Mineralwässern will man zuweilen etwas Aehnliches gesehen haben.

Ganz isolirte Salivationen, ohne alle sonstige Störungen, sollen zuweilen nach Erkältungen vorkommen. Selbst in epidemischer Verbreitung will Forest den Ptyalismus beobachtet haben. In einzelnen Fällen kam die Salivation bei den Kranken in jedem Frühjahr wieder. — Endlich scheint durch eine Art von Angewöhnung und häufigen Ausspukens bei manchen Menschen eine übermässige Secretion des Speichels zu bestehen.

II. Pathologie.

Die Salivation besteht in einer Vermehrung der Speichelsecretion von dem Grade an, wo das Abgesonderte aufhört, unmerklich mit andern Ingestis niedergeschlukt zu werden, sondern nach aussen abläuft oder weil es belästigt, weggespukt oder absichtlich und für sich allein verschlukt wird. Die Menge des krankhaft vermehrten Secrets beträgt meist einige Unzen in 24 Stunden, kann aber in höheren Graden der Affection bis auf mehrere Pfunde steigen.

Diese Secretion ist bald nur in gewissen Momenten gesteigert, hält stundenlang an, vermindert sich und exacerbirt wieder, hört namentlich häufig im Schlafe auf; bald dauert sie anhaltend fort, auch im Schlafe, während dessen entweder der Speichel nach aussen oder nach unten abläuft und gewöhnlich dadurch ein häufiges Wiedererwachen veranlasst.

Die Beschaffenheit des Abgesonderten weicht oft nicht merklich von der der normalen Mundflüssigkeit ab, während in andern Fällen der Geschmak geändert (salzig, süss etc.), der Geruch fötid ist und das specifische Gewicht bald vermehrt, bald vermindert erscheint.

Häufig begleiten die Salivation verschiedene unangenehme Empfindungen in den Wandungen der Mundhöhle: das Gefühl des Einlaufens von Speichel, der Spannung, Schwere, selbst wirkliche Schmerzen. Die Speicheldrüsen sind oft etwas angeschwollen und zuweilen hart. Die Functionen der Mundhöhle sind theils erschwert (Sprechen, Kauen), theils sehr vermindert (Geschmak). Häufig ist Durst vorhanden. Meist belegt sich die Zunge und schwillt oft an. Gewöhnlich wird bei erheblicher Salivation die Digestion gestört, Symptome vom Magen und Darm treten ein und häufig zeigen sich leichtere oder selbst beträchtlichere Fieberbewegungen.

Ueberdem wird durch das Einfliessen von Speichel in die Luftwege Husten veranlasst und durch nächtliche Fortdauer der Salivation der Schlaf gestört. Consecutive Exsudations- und Ulcerationsprocesse können sich in der Mundhöhle und dem Darmcanal entwikeln; durch alles dieses kann die Ernährung reducirt und die Constitution zerrüttet werden, hectisches Consumtionsfieber und Marasmus sich herstellen.

Die Dauer der Salivation ist ganz unbestimmt. Sie kann nur wenige Stunden oder Tage betragen oder über Monate und viele Jahre anhalten. Bei kurzem Bestande der Hypersecretion kann rasch die Integrität sich wieder herstellen. Bei längerer Fortdauer bedingen die eingetretenen Wulstungen und Lokerungen der Schleimhaut und der unterliegenden Gewebe, die Ulcerationen in der Mundhöhle, das Lokerwerden der Zähne, die Störung im Darmcanal, die Abmagerung und Constitutionszerrüttung einen längeren Reparationsprocess. — Ein tödtlicher Ausgang kann durch locale Secundärstörungen oder durch die allgemeine Consumtion eintreten.

Die Salivation stellt sich entweder als alleiniges krankhaftes Phänomen dar oder sind noch mehr oder weniger zahlreiche Symptome vorhanden, welche bald die Folgen der krankhaften Secretion sind, bald sie compliciren. Hienach modificiren sich die Verhältnisse höchst mannigfaltig, und während in der einen Reihe von Fällen der Speichelfluss als die wesentliche Störung anzusehen ist, erscheint er in anderen als untergeordnet und wird selbst kaum beachtet.

Die krankhaft vermehrte Speichelsecretion schliesst sich so unmerklich an das normale Verhalten an, dass es kein entscheidendes Criterium für die Grenze beider gibt und dass eben dann die Absonderung als krankhaft erscheint, wenn sie auffallend oder lästig wird. Selbst in einem und demselben Falle von Salivation wechselt die Menge des Secernirten oft in kürzester Zeit sehr beträchtlich und zahlreiche und mannigfaltige Einflüsse sind im Stande, die Vermehrung der Absonderung zu steigern: der Gedanke daran, die Bewegungen der Zunge und der Kaumuskel, das Niederschluken oder Ausspuken selbst, alle säuerlichen, stark alkooligen, aromatischen, zukerigen, salzigen Speisen und Getränke, das schwarze Fleisch, das Eis, die wässrigen Gemüse, während Ablenkung der Aufmerksamkeit, Milch, weisses Fleisch, milder Rothwein (Bordeaux) die Absonderung vermindern. Doch zeigen in dieser Hinsicht die Einzelfälle manche Verschiedenheiten.

Bei mässiger Speichelung, bei welcher nur ein häufigeres Zusammenfliessen der Mundflüssigkeit bemerkt wird, ist dieses häufig das einzige Symptom und veranlasst das lästige Niederschluken oder häufige Ausspuken des Secrets. Doch ist zuweilen auch ein starker, hin und wieder schwachsäuerlicher oder sonst modificirter Geschmak, schlechter Geruch aus dem Munde, Appetitlosigkeit, gestörte Digestion vorhanden. Bei längerer Dauer wird die Mundschleimhaut gereizt, das Zahnfleisch gewulstet, und werden die Zähne gelokert.

Bei stärkerer Salivation (1—2 Pfund täglich) nimmt der Athem und Speichel meist schon einen penetranten Geruch an, entstehen Zungenbelege, Appetitlosigkeit und sonstiges Uebelbefinden, wohl auch einige Spannung und Schmerzhaftigkeit der Parotisgegend und Störung des Schlafes treten ein.

Bei noch heftigerer Salivation (3—5 Pfund täglich) enthält der Speichel meist Albumen, zuweilen Eiter und Blutkörperchen. Dike Zungenbelege, oft Ulcerationen der Mundschleimhaut bei gänzlicher Appetitlosigkeit und penetrantem Geruch stellen sich her. Die Wangengegend schwillt an und das ganze Antliz und die Halsgegend wird ödematös. Erbrechen, Schmerzen im Bauche, Durchfall treten häufig ein, Fieberbewegungen und selbst lebhaftes Fieber bleiben nicht aus, eine grosse Empfindlichkeit des ganzen Nervensystems mit Schlaflosigkeit ist meist vorhanden und bei mehrwöchentlicher Fortdauer magert der Körper bis zum Marasmus ab.

Da die vermehrte Absonderung von Speichel, die Salivation unter so verschiedenen Umständen und in so verschiedener Bedeutung vorkommt, müssen die Verhältnisse auch nach den differenten Causalbeziehungen betrachet werden.

1) Salivation von örtlichen Reizungen. Manche zufällige örtliche Einwirkungen auf die Mundschleimhaut, z. B. das Kauen von stark geräuchertem und gesalzenem Fleische, von scharfem Käse, das Rauchen und Kauen von starkem Tabak oder andern scharfen Dingen können eine vorübergehende und bei fortdauernden Einwirkungen und sonstigen begünstigenden Umständen eine habituelle Vermehrung der Speichelsecretion hervorrufen. Dieselbe Folge können scharfe Bakenzähne haben, welche die Wangenschleimhaut reizen. Die verschiedenen Affectionen der Mund- und Rachenhöhle, die Stomatiten, Aphthen, Zahnaffectionen, vorzüglich aber die Glossiten, die Varioleneruption in der Mundhöhle und die Tonsillarangine sind von einem mehr oder weniger starken Speichelfluss begleitet. In gleicher Weise ist der Speichelfluss anzusehen, welcher dem Ausbruch der Zähne bei Kindern vorangeht und ohne Zweifel durch die Zahnfleischentzündung herbeigeführt wird. — Alle diese Arten Salivation sind, wenn auch zuweilen lästig, doch ohne grosse Bedeutung; es soll die Salivation manchmal einen günstigen Einfluss auf die primäre Affection üben, indem mit dem Eintritte jener diese rasch zu heilen pflege, Schmerzen (z. B. Zahnweh) schnell sich verlieren u. s. w. Diese Salivationen verschwinden übrigens von selbst, sobald ihre Ursache entfernt wird.

2) Sympathische Salivation bei Magenaffectionen. Leichte und rasch vorübergehende Zustände im Magen rufen bei manchen Individuen eine Salivation hervor, die jedoch meist nur von kürzester Dauer ist und mit der Ursache verschwindet: so Leerheit des Magens und noch mehr Ueberfüllung desselben. Etwas länger dauert schon die vermehrte Speichelabsonderung, die durch den in Folge von Indigestion herbeigeführten gastrischen Catarrh bedingt wird. Sehr lästig und hartnäkig kann aber die zuweilen die chronische Gastritis begleitende Salivation werden, obwohl sie sich meist auf mässigen Graden erhält. Es scheint, dass zuweilen das sogenannte Wasserbrechen bei chronischer Gastritis und Cardialgie nichts anderes als verschlukten, im Uebermaass abgesonderten Speichel zur Ursache habe. — In allen diesen Fällen weicht die vermehrte Speichelabsonderung mit der Beseitigung des dieselbe hervorrufenden Zustands im Magen.

3) Die sympathische Salivation bei Affectionen des Gehirns und seiner Nerven wird selten so bedeutend, dass sie ernstlichere Folgen hat, doch

kann bei beträchtlichem und anhaltendem Verluste Verdauungsschwäche, allgemeine Mattigkeit und Abmagerung zuweilen dadurch bedingt werden; jedenfalls ist sie, sobald sie habituell wird, ein ekelhaftes und lästiges Uebel. Ob jemals die Salivation in Fällen der angegebenen Art erleichternd für das primäre Leiden „kritisch" wirke, wie man früher vielfach behauptete und auch neuerdings Wright versicherte, ist sehr zu bezweifeln. — Nur dann, wenn die im Gehirn gelegenen Ursachen vorübergehende oder entfernbare sind, ist sichere Aussicht auf Heilung der Salivation vorhanden. Andernfalls ist die Hoffnung auf radicale Beseitigung des Uebels gering und es kann meist nur Ermässigung der Beschwerden und eine palliative Cur erzielt werden.

4) Die Salivation, welche durch den Gebrauch innerer Mittel herbeigeführt wird, ist durchschnittlich die intensivste. S. darüber die specifischen Affectionen der Mundrachenhöhle.

5) Spontane Salivationen sind meist chronisch und haben, wenn nicht die Therapie eine Heilung herbeiführt, eine unbeschränkte Dauer. Solche Salivationen werden vorzugsweise im erwachsenen Alter beobachtet und kommen häufiger beim weiblichen Geschlecht vor. Zuweilen entsteht der spontane Speichelfluss durch eine Art Angewöhnung; zuweilen will man ihn nach einer Unterdrükung von Fussschweissen, nach einer Suppression der Regeln bemerkt haben. In nicht wenigen Fällen aber war keine irgend genügende Veranlassung für denselben aufzufinden. Wenn die Salivation sehr reichlich ist oder lange anhält, so wird dadurch nicht nur die Verdauung gestört, das Verschluken des Speichels verursacht Magendrüken und Brechen, sondern es tritt allmälig ein Zustand von Mattigkeit, Niedergeschlagenheit, Abmagerung und selbst von Fieber ein, und es kann zulezt der Kranke in Marasmus und Wassersucht verfallen.

Ueber qualitative Abweichungen des Speichels sind einzelne frühere Mittheilungen vorhanden, die aber von sehr untergeordnetem Werthe geblieben sind. Selbst Donné's Resultate (l. c.) sind sehr sparsam und wurden überdem vielfach angefochten. Erst Wright war es, welcher diesen Verhältnissen ein genaueres Studium gewidmet und die allgemeine Aufmerksamkeit darauf gelenkt hat. Er hat mit seiner Arbeit die Aussicht in ein reiches, bis dahin gänzlich unbekanntes Gebiet der ärztlichen Erfahrung eröffnet. Das Urtheil über seine Beobachtungen muss im Allgemeinen jedoch so lange suspendirt bleiben, bis ausgedehnte weitere Thatsachen über diese Verhältnisse ermittelt sein werden. Einzelne seiner Angaben kann auch schon die seitherige Erfahrung bestätigen, bei andern dürfte man zum Zweifel sehr berechtigt sein. Auch dürfte wohl der Grund des Vertrauens, welches seine Mittheilungen gefunden haben, mehr in der Autorität seines Namens, vielleicht auch eher in dem Ueberraschenden und Fremdartigen des Inhalts, als in einer befriedigenden Genauigkeit und sichtlichen Unbefangenheit seiner Mittheilungen zu suchen sein.

Wright stellt in ziemlicher Unordnung und mit wenig Kritik folgende in ihrer Bedeutsamkeit sehr ungleiche Arten qualitativ abnormer Speichelsecretion auf:

1) Fetter Speichel. Die Ursachen sind unklar, Wright hat ihn unter sehr verschiedenen Umständen gesehen. — Der Speichel ist von schmuzig- oder gelblich-weisser Farbe, stark schäumend, von fettartigem, unschlittartigem Geschmak, zäh und nur mit Mühe auszuspuken; der Speichelstoff ist vermindert, oft fehlt er ganz. Beim Troknen und Ausziehen mit Aether und Wiedereindampfen der Lösung bleibt ein in Wasser unlöslicher Fettrükstand. Die dyspeptischen Symptome sollen so constant sein, dass Wright den fettigen Speichel als pathognomonischen Character bei neuen wie bei alten Störungen des Speisecanals ansehen will. Der Speichel hängt sich an Mandeln und Rachen, oft auch an den obern Respirationswegen fest, ruft dort ein unangenehmes Gefühl von Krazen und Kizeln hervor, in jenem Falle zuweilen Ekel, Würgen und Erbrechen, durch die Anheftung an die Epiglottis dagegen Hüsteln und belegte Stimme, wodurch selbst der Verdacht einer beginnenden Phthisis erregt werden könnte. Bei längerer Dauer des fetten Speichels soll der Unterleib ausgedehnt sein, Ekel vor und nach dem Essen sich einstellen, die Stuhlentleerung sparsam, schleimig und arm an Galle, der Urin dunkel und trüb, die Haut bleich und schlaff, der Kopf schwer, eingenommen, schmerzhaft und die Geistesthätigkeit träge sein.

2) Süsser Speichel. Derselbe soll nach Wright idiopathisch bald vorübergehend in den Morgenstunden sowohl bei Erwachsenen als bei starken Kindern, bald dauernd und bis zur Salivation sich steigernd ohne irgend ein sonstiges Leiden und ohne bekannte Ursachen vorkommen, oder symptomatisch bei Störungen des Magens und Darmkanals sich finden, wozu noch beizufügen ist, dass er auch bei

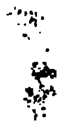
Diabetes und in manchen Fällen von Phthisis und chronischen Catarrhen der Schlundwerkzeuge beobachtet werden kann. — Diese Beschaffenheit des Speichels verräth sich an dem süssen, meist faden Geschmak, den der Kranke zeitweis oder constant im Munde hat und auf welchen zuweilen ein bitterer oder scharfer Geschmak folgen soll. Die Reaction dieses Speichels ist sauer oder neutral. Der Speichelstoff ist vermindert oder fehlt ganz, dagegen findet sich eine süsse Substanz in der Flüssigkeit, welche Wright Mucosaccharin nennt, welche gährungsfähig, aber nicht crystallisationsfähig sein soll. Die Verdauung leidet nur bei längerer Dauer oder bei dem symptomatischen Auftreten des süssen Speichels.

3) Albuminöser Speichel soll sich als durchsichtiger und undurchsichtiger albuminöser Speichel finden. — Der durchsichtige kommt nach Wright nur bei idiopathischer, spontaner oder künstlicher Irritation der Speicheldrüsen vor und löse sich zuweilen durch eine Salivation. Der undurchsichtig albuminöse Speichel ist nach W. stets ein Zeichen von Trägheit der Speicheldrüsen und wird bemerkt bei blasser oder belegter Zunge, vermehrtem Durst, mangelhaftem oder capriciösem Appetit, widerlichem Geschmak, Stuhlverstopfung, langsamem Puls, eingenommenem Kopf. Auch will W. diesen Speichel im Anfang verschiedener acuter Krankheiten, bei Säufern und Vielfressern, nach dem Gebrauch von Mercur, namentlich aber von Jod beobachtet haben. — Der albuminöse Speichel ist zähe, klebrig, schäumend und beim Kochen coagulirend. Er löst und verwandelt Stärkmehl weniger als normaler Speichel und geht frühe unter Entwiklung von Ammoniak eine Zersezung ein. Der undurchsichtige ist albumenreicher als der durchsichtige, von milchigem Ansehen, zuweilen flokig.

4) Galliger Speichel. Wright stellt drei Arten davon auf. a) Gefärbter galliger Speichel neben Icterus vorkommend; ebenso b) ungefärbter galliger Speichel, meist Vorläufer von Icterus, minder durchsichtig als normaler Speichel, von moderigem Geschmak, reichlichem Eiweissgehalt. Der Gallengehalt ist durch Zusaz von Salpeter- oder Salzsäure zu erkennen. Er hat wenig Fähigkeit, das Stärkmehl umzuwandeln. c) Der Cholestearin-haltige, gallenstofflose Speichel, selten, bei Leberkrankheiten.

5) Blutiger Speichel scheint eine ziemlich unwichtige, accidentelle Anomalie zu sein. Nach Wright soll der blutige Speichel in den lezten Stadien schwerer acuter Krankheiten, in Folge von Ausschweifungen und schlechter Nahrung vorkommen, von hellrother Farbe sein und das Blut innig und gleichförmig gemischt enthalten.

6) Saurer Speichel. Diese Anomalie, die leicht durch das Lakmuspapier erkannt wird, ist die bei weitem am häufigsten vorkommende und bei den verschiedenartigsten Kranken ist es etwas sehr gewöhnliches, eine saure Reaction ihres Speichels zu finden. Wright macht darauf aufmerksam, dass die saure Beschaffenheit bedingt sein könne durch die Gegenwart von Milchsäure, Essigsäure, Salzsäure, Harnsäure, Kleesäure, vielleicht auch Phosphorsäure und anderen mehreren noch. Uebrigens macht er selbst noch keinen Versuch, diese verschiedenen Verhalten zu trennen. Nach ihm soll die Acidität des Speichels entstehen: 1) durch idiopathisches Leiden der Speicheldrüsen, eine schwerlich zu erweisende Aetiologie; 2) durch saure Cachexie, eine vor der Hand nur in England giltige Allgemeinkrankheit, welche nach Wright's Ansicht bei Scropheln, Phthisis, Rhachitis, Amenorrhoe, anhaltender Syphilis, nach früheren Ausschweifungen, bei mangelhafter Nahrung, abnormer Verdauung und deren Folgen (Lebercongestion, Wechselfieber, Gicht, Rheumatismus, Gries und Stein) vorkommen soll (wir sind diese lokere Art der Aneinanderreihung pathologischer Verhältnisse bei den Engländern schon gewohnt); 3) durch subacute Entzündung der Magen- und Darmschleimhaut (Intestinalcatarrh); 4) durch Dyspepsie.



Von allen diesen Annahmen können wir bis auf Weiteres nur das dritte Verhältniss als thatsächlich zugeben, indem wirklich in sehr vielen Fällen entschiedene gastrointestinale Catarrhe, bald idiopathischer Genese, bald aber solche, welche andere Erkrankungen (Ulcus ventriculi, Krebs) begleiteten, oder in einzelnen Fällen eine übermässige Gefrässigkeit (z. B. bei Diabetes) neben Speichelacidität bestanden. Daher mag es kommen, dass die Speichelacidität bei so höchst verschiedenen Krankheitsfällen sich zeigen kann, indem jede beliebige Erkrankungsform mit Gastrointestinalcatarrh combinirt sein kann und es in der That sehr häufig ist. Da nun aber auch die sub 2) angeführten Zustände so gewöhnlich von einem gastrointestinalen Catarrhe begleitet sind, so dürfte vielleicht auch bei ihnen der leztere das Mittelglied für die Entstehung der Speichelacidität bilden. Indessen bleibt immer noch die, wie mir scheint, bis jezt nicht zu lösende Frage, ob beim Zusammenvor-

kommen von saurem Speichel und Gastrointestinalcatarrh jener von diesem abhänge oder umgekehrt, oder ob das eine wie das andere Verhältniss in verschiedenen Fällen möglich wäre. Auch ist der innere Zusammenhang zwischen beiden Affectionen noch durchaus unklar und Wright's Excurs darüber von jener willkürlich hypothetischen Art, wie alle chemisch-pathologischen Erklärungen. die gegenwärtig in England im Schwunge sind. Bemerkenswerther als diese Theorieen ist die Angabe Wright's, dass neben dem sauren Speichel niemals ein Nervenleiden bestehen könne, ein freilich noch sehr der Bestätigung bedürftiges Axiom. — Was das Vorkommen einer Speichelacidität durch idiopathische Reizung der Drüsen anbelangt, so wird es nicht überflüssig sein, zu bemerken, dass die beiden Krankengeschichten, welche Wright als Belege für dasselbe (Uebersezung p. 149) mittheilt. sehr unvollkommen sind und manches Bedenken und manchen Zweifel erregen dürften, jedenfalls aber noch lange nicht die Aufstellung einer solchen Krankheitsform rechtfertigen. Die Speichelacidität scheint uns vielmehr häufig nur ein rasch vorübergehendes, gänzlich bedeutungsloses Symptom zu sein, das in solchen Fällen vielleicht mit der Art der Nahrung in engerem Zusammenhang steht, als mit irgend einem Zustand des Organismus. Nicht zu übersehen sind dabei auch die Erfahrungen von Laycock (London med. gaz. XXI. 43), nach welchen die Acidität des Speichels als ein höchst gleichgiltiges Phänomen erscheint, besonders Abends sehr gewöhnlich ist und bei guter Verdauung und gesundem Magen bestehen kann.

7) Alkalischer Speichel. Der Speichel, im Normalzustande mässig alkalinisch, kann diese Beschaffenheit im Uebermaass zeigen. Der Grund davon kann in einem Ueberschuss von Natron oder in dem Erscheinen von Ammoniak im Speichel liegen.

Der übermässige Natrongehalt kann von eingeführten Natronsalzen abhängen. Nach Wright soll er durch starkes Kauen, durch Hinabschlingen von sehr heissen oder kalten Flüssigkeiten, von Stimulantien bedingt werden können, überdem aber, sofern solche Einflüsse nicht vorhanden sind, eine örtliche oder allgemeine Nervenirritation anzeigen. So soll bei dem Gesichtsschmerz, dem Zahn- und Ohrenschmerz mit dem Eintritt des Schmerzes der Speichel alkalinisch werden. Aber auch bei nervösen Reizungen des Magens, bei Kolikanfällen, heftigen Schmerzen vom Rectum, Uterus, selbst wenn sie durch äusserliche oder anatomische Ursachen (Ascariden, Uterusgeschwülste) bedingt sind, bei Epilepsie, Hysterie oder Manie soll gleichfalls sehr oft ein übermässig alkalinischer Speichel sich zeigen. Diese Bemerkungen Wright's sind um so interessanter, als man auch andere Secrete bei Nervenkrankheiten alkalinisch werden sieht, z. B. den Harn. Die Unbefangenheit des Autors bei solchen Beobachtungen wird aber sehr verdächtig, wenn er zugleich bemerkt, dass die Alkalescenz des Speichels ein diagnostisches Mittel abgebe, um den „rein nervösen Gesichtsschmerz“ vom rheumatischen zu unterscheiden, welcher von saurem Speichel begleitet sei, oder wenn er sagt, dass bei der Epilepsie, sobald sie nicht vom Nervensystem, sondern in einer „dyspeptischen Störung“ ihren Ursprung nehme, der Speichel nicht selten sauer reagire; auch bei den Convulsionen der Kinder soll der Speichel alkalisch sein, wenn sie von Gehirnstörung, sauer, wenn sie von Wurmreiz oder schmerzhaftem Zahnen abhängen.

Der ammoniakalische Speichel soll für schwere cachectische Krankheiten acuter oder chronischer Art characteristisch sein. Er zeigt eine dunkle, bräunliche Färbung, ist durch Floken getrübt, hat einen äusserst widrigen Geschmak und soll kein Verdauungsvermögen besizen.

8) Kalkhaltiger Speichel von milchigem Aussehen wird von Wright als Ursache des Weinsteins angesehen.

9) Kochsalzhaltiger Speichel soll nach Wright entstehen können a) durch zu reichlichen Salzgenuss, durch Einathmen einer mit Salz geschwängerten Atmosphäre; b) durch idiopathische Affection der Speicheldrüsen (eine nach W. nicht selten — unter welchen Umständen wird nicht gesagt — vorkommende Form, die nur einige Minuten oder Stunden dauern soll); c) durch Störung der Verdauungsthätigkeit (welcher Art, wird nicht gesagt; dagegen wird die Symptomatik angegeben: fehlender oder verkehrter Appetit, gelb oder braun belegte Zunge, Nausea, Flatulenz, Gefühl von Schmerz und Schwere in der rechten Gegend, Durst, Verstopfung, Kopfschmerz, getrübtes Sehvermögen, Singen vor den Ohren).

10) Eiterhaltiger Speichel bei Entzündungen der Speicheldrüsen.

11) Stinkender Speichel soll nach W. unter mannigfach verschiedenen Umständen vorkommen: wir vermissen aber dabei jede Andeutung eines Beweises, dass der üble Geruch auf einer Veränderung des Speichels selbst beruhen soll. Auch die Angabe, dass der üble Geruch des Athems, den manche Leute zeigen, vom Speichel herrühre, bleibt vorläufig nur eine Behauptung.

Der scharfe Speichel, gefärbte S., schaumige S. („pathognomischer Character jeder sowohl bereits ausgesprochenen, als erst zu erwartenden allgemeinen Nervenaufregung"), der urinöse S., gelatinöse S., milchige S. (durch Metastase!!) sind die weiteren von Wright aufgestellten Arten des abnormen Speichels, die aber so sehr theils auf irrigen Voraussezungen und Anschauungen, theils auf ungenügender factischer Grundlage beruhen, dass ihre nähere Betrachtung füglich unterbleiben kann.

Hienach dürften als Resultate der vorgeführten Angaben anzusehen sein:

1) Was die Aetiologie des qualitativ abnormen Speichels anbelangt:

dass die Abweichungen vielleicht zuweilen durch einen noch unbekannten abnormen Zustand des Absonderungsorgans selbst bedingt werden können;

dass sie häufig von den eingeführten Nahrungs- und Arzneimitteln herrühren;

dass wahrscheinlich die Anomalieen der Blutmischung einen jedoch noch nicht immer im Zusammenhang erkannten Einfluss auf die Speichelbeschaffenheit üben;

dass gastrointestinale Erkrankungen sehr häufig eine abnorme Beschaffenheit des Speichels zur Folge haben;

dass vielleicht verschiedenartige gastrointestinale Erkrankungsformen auch von einer verschiedenen, für sie also characteristischen Beschaffenheit des Speichels begleitet sind, Verhältnisse, welche aber noch lange nicht aufgeklärt genug sind;

dass Zustände des Centralnervensystems und einzelner Nerven vielleicht von Einfluss auf die Speichelflüssigkeit sind und in derselben eine Vermehrung der alkalinischen Bestandtheile bedingen.

2) In Beziehung auf die Pathologie der Speicheldyscrinieen:

dass ein krankhaft veränderter Speichel ohne Zweifel mehr oder weniger der Verdauung Eintrag thun kann;

dass ein solcher dadurch Störungen der Verdauungsorgane selbst und der gesammten Leibesöconomie herbeiführen kann;

dass in seltenen Fällen Stoffe durch den Speichel eliminirt werden, deren Entfernung aus dem Organismus wünschenswerth ist;

dass auch nach Entfernung der Ursache, z. B. des causalen Gastrointestinalcatarrhes, die qualitative Abnormität des Speichels als mehr oder weniger lästiges Uebel fortbestehen und ihrerseits einen neuen Cyclus von Störungen herbeiführen kann.

III. Therapie.

Die Behandlung der Salivation geschieht:

durch Beseitigung der Ursachen und weiteren nachtheiligen Einflüsse und durch Neutralisation schädlicher incorporirter Substanzen;

durch örtliche Anwendung reinigender, milder oder aromatischer, adstringirender, reizender Mittel;

durch Einwirkung einer mässigen und gleichförmigen Wärme;

durch Hervorrufung von Secretionen und Exsudationen in andern Theilen (Laxantien, Diaphoretica, Diuretica, Vesicatore);

durch innerliche Anwendung von Adstringentien;

durch innerliche und örtliche Anwendung von Opium und andern narcotischen Substanzen;

durch Einführung kleiner Mengen von Jod, Queksilber (Verfahren von zweifelhaftem Werthe).

Daneben verlangen die begleitenden und consecutiven Zufälle nach ihrer Art therapeutische Berüksichtigung.

Frisch entstandene Salivationen, deren Ursachen bekannt und entfernbar sind, weichen leicht und rasch nach der Beseitigung der Lezteren. Ein mildes, schleimiges Mundwasser, bei Verzögerung der Heilung ein adstringirendes Mittel (Eichenrindedecoct, Alaun, Ratanhia) kann zwekmässig zur Beschleunigung der Herstellung angewendet werden. Auch ist es räthlich, die Theile warm zu halten.

Schwieriger und oft geradezu erfolglos wird die Behandlung, wenn die Salivation sehr intensiv ist, noch mehr, wenn sie chronisch ist, zumal aber, wenn die Ursachen unbekannt oder nicht zu entfernen sind. So lange in solchen Fällen die Theile der Mundhöhle gereizt erscheinen, ist der Gebrauch milder Mundwasser,

grösserer, rasch wiederholter Gaben von Opium (1 Gran alle 4 Stunden) oder andrer Narcotica (besonders Belladonna) am Geeignetsten. Auch kann bei gutem Zustand der Digestionsorgane ein Laxans versucht werden. Zugleich ist die gleichmässige Wärme nicht zu verabsäumen. Ist der Zustand hingegen hartnäkig oder bereits chronisch geworden, so ist örtlich Ratanhia, Tinctura Capsici, Zimmt, Zinkvitriol zu gebrauchen: auch ist die Anwendung reizender Fussbäder, schweisstreibender Mittel, Vesicatore in den Naken oft nüzlich. Immer aber muss fortdauernd nach etwaiger Ursache der Erkrankung geforscht und hienach verfahren werden. — Dauert dessenungeachtet die Salivation fort, so kann innerlich Ratanhia, Blei, Schwefelsäure, Jod angewendet, selbst ein vorsichtiger Versuch mit Quecksilber (bei Abwesenheit von Mercurialintoxication) gemacht werden.

Unter besondern Umständen kann bei Salivirenden eine Aderlässe, strenge Diät, eine anhaltende Laxircur, oder aber die Anwendung stärkender Mittel nöthig werden; als interponirtes Verfahren ist bei allen intensiveren und anhaltenden Salivationen das Opium nicht zu entbehren.

Was die Cur der qualitativen Abweichungen des Speichels anbelangt, so empfiehlt Wright:

gegen den fetten Speichel die milden Eisenpräparate, Strychnin und Castoröl innerlich und ein Mundwasser mit Tinct. Capsici;

gegen den süssen Speichel ein Mundwasser von Tinct. Capsici, Myrrhae und Catechu und ein Vesicator in den Naken;

gegen den albuminösen Speichel milde, beruhigende Gargarismen, revulsorische Entleerungen oder bei undurchsichtig albuminösem Speichel reizende Mundwasser, Vesicatore und Behandlung des Magen- und Darmleidens;

gegen den sauren Speichel, wenn er ein idiopathisches Leiden sei, kühlende, herabstimmende Gargarismen, Blutegel, warme Dämpfe, später stimulirende Mundwasser; bei dem cachectischen sauren Speichel neben örtlichen Stimulantien Alkalien, Tonica und milde Laxantien; während er den sauren Speichel, welcher Magenaffection begleitet, durch die Behandlung der leztern zu beseitigen sucht und nur als Nebenmittel je nach dem Zustande der Mundhöhle bald ein mildes, bald ein reizendes Gargarisma in Gebrauch zieht;

gegen ammoniacalischen Speichel frische Pflanzennahrung und Mundwasser von Alaun, Schwefelsäure und Camphor;

gegen kalkhaltigen Speichel ein Gargarisma aus gleichen Theilen Salpetersäure und Tinct. Capsici, verdünnt mit der 66fachen Menge Wasser;

gegen kochsalzhaltigen Speichel, wenn er idiopathisch sei, ein Gargarisma aus Capsicum und ein Laxans, wenn er mit Verdauungsstörungen zusammenfalle, harzige Laxantien, bittere Mittel, kohlensaure Alkalien, einfache Diät, Bewegung und ein alkalinisches oder capsicumhaltiges Gargarisma;

gegen den stinkenden Speichel ein Gargarisma aus Strychnin ($^1/_2$ Gr.), Essigsäure (gtt. vj), Capsicumtinctur (1 Unze) und Camphormixtur (8 Unzen).

d. *Abnorme Absonderung der Tonsillen.*

Unter unbekannten Ursachen, häufig neben einiger Anschwellung des Parenchyms, macht sich zuweilen eine Veränderung des Secrets der Tonsillarfollikel bemerklich, indem dasselbe die Follikel ausdehnt, da und dort als ein heller Punkt oder Flek an der Tonsille bemerkt wird, auch wohl etwas Kizel hervorbringt, dann aber unversehens in Form von steknadelkopfgrossen oder noch grösseren Klümpchen austretend auf dem Zungenrüken gefühlt und meist mittelst der Zungenbewegung oder neben einem Sputum nach aussen geschafft wird. Beim Zerdrüken zeigen diese Klümpchen einen höchst fötiden Geruch. — Diese Abstossung kann häufiger sich wiederholen und dadurch lästig werden; klaffende Follikel bleiben zuweilen zurük, und selbst Verschwärungen können sich an der Stelle entwikeln. — Eine Therapie ist meist unnöthig; bei wiederholten Abstossungen können Adstringentien gegeben werden.

Diese Affection kann verglichen werden mit der Acne punctata der Haut. Wie bei dieser kann der Follicularinhalt die Drüsenwandungen reizen und bald eine

chronische Infiltration, bald eine umschriebene Eiterbildung, bald eine ausgedehntere und acute Entzündung hervorrufen. So reiht sich in Beziehung auf die genetischen Verhältnisse (gerade wie Acne punctata an A. pustulosa und indurata) die abnorme Absonderung der Tonsillen an die Verhärtung, den Follicularabscess und die diffuse Amygdalitis, Processe, welche jedoch erst später (bei den parenchymatösen Infiltrationen und Entzündungen) zu beschreiben sind. — Die kleinen Klümpchen des Tonsillarsecrets, wie sie mittelst der Zunge oder in einem Sputum nach aussen gebracht werden, sind oft bei Aengstlichen Gegenstand lebhafter Besorgnisse, indem sie häufig für Tuberkelmassen gehalten werden. Ihr fötider, fast fäcaler Geruch, der vornehmlich beim Zerdrüken zum Vorschein kommt, characterisirt sie genügend.

3. Vesiculöse Entzündungen in der Mundhöhle.

Ausser an den Lippen, auf welche sich die auf dem Antliz vorkommenden Affectionen häufig ausbreiten, kommen Bläschenbildungen in der Mundhöhle unter folgenden Verhältnissen vor:

1. Isolirte Bläschen an der Zunge, am Zahnfleisch, an der innern Bakenwand, dem Gaumengewölbe, sind häufig und meist Folge örtlicher geringer Reizungen. Sie sind von kürzestem Bestand und äusserst geringem Belange. Sie können auch andere Affectionen der Mundhöhle begleiten.

2. Das Eczem erstrekt sich selten von der Antlizhaut auf die Schleimhaut des Mundes, doch auch dann meist nur bis über die innere Fläche der Lippen, wo es scharf begrenzt ist. Wird auch die übrige Schleimhaut der Mundhöhle ergriffen, so ist sie intensiv geröthet, geschwollen, es bilden sich Excoriationen, aus welchen eine dünne, seröse Flüssigkeit aussikert, Fissuren, Ulcerationen, oft pseudomembranöse Beschläge. Die Affection ist stets eine chronische und bei der Seltenheit der Erkrankung die Behandlung nicht festgestellt.

Erichson (Lond. Gaz. 1846) erzählt folgenden Fall von Eczem der Zunge und Mundschleimhaut: Ein 27jähriges Mädchen hatte mehrere Jahr lang an verbreitetem Eczem, besonders an den obern Extremitäten gelitten und war durch Purgantien und Salben geheilt. Nun traten auf der Zunge und der innern Seite der Lippen eine Anzahl von Bläschen auf. Die Stellen wurden excoriirt, schwollen an, schmerzten und erschwerten die Nahrungseinfuhr. Die Zunge zeigte ein warzenförmiges Ansehen, eine graurothe glänzende Farbe, zerstreute Bläschen und excoriirte Stellen. Die Schleimhaut der Lippen war verdikt, weich, bleifarben, mit Excoriationen und Fissuren besezt, aus denen eine beträchtliche Menge Serum aussikerte. Die Magen- und Darmfunctionen waren normal. Die Kranke erhielt salinische Laxantien, Acidum nitricum innerlich, örtlich eine Emulsion von Perubalsam und ein Vesicator hinter die Ohren. Nachdem einige Besserung eingetreten war, wurde Arsen angewandt, worauf die Affection fast vollständig heilte.

3. Der Herpes der Lippen erstrekt sich nicht selten in die Mundhöhle und zwar vornehmlich über das Gaumengewölbe und zeigt sich dort in der Form von Bläscheneruptionen, die bald mit trübem Inhalt sich füllen, Schmerzen bei der Nahrungseinfuhr und beim Schlingen veranlassen, mit Störungen der Digestionsorgane sich verbinden, aber rasch abheilen.

4. Der Herpes zoster kommt nur ausnahmsweise in der Mundhöhle vor, vornehmlich dann, wenn er zugleich im Gesicht seinen Siz hat. Er betrifft dann die eine Seite des Gaumengewölbes und der Bakenschleimhaut, zeigt unregelmässige, ovale oder längliche Bläschen und Blasen, erregt heftige Beschwerden, heilt aber von selbst binnen kurzer Zeit.

Einen ausgezeichneten Fall dieser Art bei einem 70jährigen Manne beschreibt Rayer (Traité des mal. de la peau, 2 éd. I. 336).

5. Aphthöse Bläschen, eine der Schleimhaut eigenthümliche, vesiculöse Affection, kommen bei Kindern (doch selten bei Säuglingen) und gegen das Ende schwerer acuter oder consumtiver Krankheiten der Erwachsenen oder auch zuweilen ohne solche vor. Eine individuelle Disposition scheint zuweilen für dieselben zu bestehen, denn sie findet sich oft wiederholt bei sonst keine Abweichung zeigenden Individuen.

Zuweilen gehen fieberhafte Erscheinungen, Unruhe, Durst, Hize in der Mundhöhle, Unordnung der Verdauungsorgane voran. Oft fehlen sie und die Affection ist durchaus local. Die Bläschen treten sparsamer oder in grösserer Zahl auf der Lippe, dem Zungenrüken und den Zungenrändern, an der Wangenschleimhaut, zuweilen auch an andern Stellen auf als kleine, wasserhelle oder weissliche Erhebungen des Epithels, meist umgeben von einem leicht gerötheten Hof. Sie confluiren selten, bersten vielmehr zeitig und hinterlassen kleine Ulcerationen mit graugelbem Grunde und scharf abgeschnittenem, lebhaft rothem Rande. Diese Geschwüre können sich ausbreiten, mit diphtheritischen Exsudaten sich bedeken, Veranlassung zu Soorwucherungen geben; doch heilen sie bei sonst günstigen Verhältnissen meist ziemlich rasch. Mit dem Zustandekommen der Eruption fällt das Fieber und die Unruhe, und beginnen nur dann aufs Neue, wenn abermalige Eruptionen sich vorbereiten oder wenn die Verschwärungen sich weiter entwikeln.

Reinhaltung des Mundes, milde Gargarismen bei stärkerer Hyperämie und Hize der Mundhöhle, später reizende Substanzen wie Borax, Alaun, Höllenstein, bei sehr lästigen Empfindungen mit Opium genügen zur Behandlung, wenn nicht der sonstige Zustand deren Erfolg vereitelt. — Bei Verzögerung der Heilung kann das Kali chloricum innerlich angewandt werden.

Willan und Bateman (vielleicht auch schon Frühere) erkannten die vesiculäre Natur der folliculären Aphthen und Lélut hat besonders durch eine schärfere Beschreibung des Soor dazu beigetragen, diesen von den aphthösen Formen zu unterscheiden (Arch. gén. XIII. 335). Vgl. weiter Billard (Mal. des enf. nouveau-nés).

4. Pseudomembranöse Exsudationen (Mund- und Rachencroup, Stomatopharyngitis crouposa, pseudomembranacea, Diphtheritis).

Die Hyperämie der Mundrachenschleimhaut kann an jeder Stelle, wie die jeder andern flächenartig ausgebreiteten Gewebe zur Absezung von mehr oder weniger plastischen, in Form von Pseudomembranen sich darstellenden Exsudaten führen, und unter allen Schleimhäuten scheint gerade diese Provinz hiezu am meisten geneigt, eine Disposition, welche durch zahlreiche locale und constitutionelle Verhältnisse noch gesteigert werden kann.

Pseudomembranöse Exsudationen in der Mund- und Rachenhöhle sind daher ungemein häufig, kommen aber bei mancher Aehnlichkeit in der äusseren Erscheinung unter zum Theil höchst verschiedenen Umständen vor. In früherer Zeit hat man auf diese Unterschiede kein Gewicht gelegt und im Allgemeinen die pseudomembranösen Exsudationen der vorderen Partieen als Aphthen bezeichnet, die der hinteren Rachentheile theils ganz übersehen, theils sofern sie durch ihre üblen Folgen die Aufmerksamkeit auf sich ziehen mussten, als Angina maligna beschrieben. Nachdem nun in neuerer Zeit zuerst durch Willan und Bateman, sofort durch Billard (Traité des mal. des enf. nouveaunés) und Guersant (Dict. en XXI.)

gezeigt wurde, dass in der Mundhöhle mannigfache, theils unter dem Namen Aphthen zusammengeworfene, theils ganz übersehene Exsudationen vorkommen, nachdem ferner durch Bretonneau (des inflamm. spéciales du tissu muqueux 1826) die früher sogenannte Angina maligna als pseudomembranöse (diphtheritische) Exsudation erkannt wurde, musste die ganze Lehre von den Exsudationsprocessen in der Mund- und Rachenhöhle eine Umwandlung erleiden. Diese Umwandlung ging aber unter einer Sprachverwirrung vor sich, wie sie häufig in der Pathologie die Einbürgerung neuer Anschauungsweisen begleitet. Die Verwirrung hatte einerseits ihren Grund in der Verschiedenheit der Ausdrüke, deren man sich bediente, und in der verschiedenen Bedeutung, die man ihnen beilegte. Derselbe Ausdruk, der von dem einen Schriftsteller als scharf specifisch angesehen wird, hat bei dem andern eine generelle Bedeutung (z. B. Aphthen, Stomacace); Ausdrüke werden von den Einen als identisch angesehen, von den Andern als Bezeichnungen für verschiedene Affectionen, die man nie verwechseln könne (Aphthen und Muguet, diphtheritische und croupöse Affection, Stomacace und Cancer aquaticus); einzelne Ausdrüke werden bald als identisch mit dem einen, bald als identisch mit einem andern Ausdruk genommen (Soor bald mit Aphthen, bald mit Muguet, Diphtheritis bald mit Croup, bald mit Stomacace etc.). Fremdartige, exotische Benennungen wurden hereingezogen in der Absicht, die Begriffe zu fixiren, mit dem reellen Erfolge aber, die Verwirrung noch zu steigern (Fegar, Garotillo). — Andererseits aber hatte die Verwirrung in der Sache selbst und deren überwindbaren und nicht überwindbaren Schwierigkeiten ihren Grund. Man sah, dass zur Herstellung einer detaillirteren Kenntniss eine Trennung der Formen nöthig war, und man kam auf Distinctionen, die zwar der Definition nach schlagend erschienen, bei näherer Betrachtung aber gar häufig nicht practisch durchführbar waren. So manche Verschiedenheiten, die man aufgestellt hatte, hingen offenbar nur von der Intensität des Uebels, von seinem Ausgangspunkte, von dem Size und der Ausdehnung in diesem oder jenem Theil der Höhle ab. Es konnte nichts helfen, solche Distinctionen durch eine categorische Specification festhalten zu wollen. Man fand, dass sich manche Formen von Exsudation in dieser Höhle anderen Erkrankungsweisen, der Parasitwucherung, der Ulceration, der Gangrän, aufs Engste anschlossen und mit diesen sich zu verbinden pflegen; und schloss man diese aus, so war ein unbestreitbarer Uebergang ignorirt, schloss man sie in jene ein, so trat der Missstand hervor, dass man höchst leichte und höchst bösartige Affectionen unter gleichem Namen vereinigte. Man wollte auf epidemische Vorkommensweisen der Mund- und Rachenaffectionen Rüksicht nehmen und übersah die Schwierigkeit, Beobachtungen, die in einer vergangenen Zeit und unter dem Einfluss eines von dem jezigen so verschiedenen Culturzustandes der Medicin gemacht waren, zu benüzen. Das Wichtigste aber ist, dass man sich nicht oder nur unvollkommen gestand, dass man immer nur äusserliche Distinctionen gemacht hatte, viele der wesentlichen Verschiedenheiten der hier vorkommenden Affectionen und die Beziehungen dieser Verschiedenheiten so gut wie nicht kennt, dass man sie nach dem gegenwärtigen Stande des Wissens höchstens zu ahnen vermag. So klagt denn jeder Schriftsteller über die Verwirrung, die in diesem Gebiete herrscht, übersieht aber, dass die Ordnung, die er selbst herzustellen meint, immer nur eine formelle, eine oberflächliche und künstliche ist und es bleiben muss, solange die Bedingungen nicht gefunden sind, von welchen die Verschiedenheiten mit Nothwendigkeit abhängen.

Sonach ist auch die Literärgeschichte dieser Affectionen eine vielfach verwikelte. Da die Krankheit jederzeit beobachtet wurde, so finden sich auch Beschreibungen von ihr in den ärztlichen Schriften der frühsten wie der neueren Zeiten; sie waren jedoch bald unkenntlich durch das Zusammenwerfen verschiedenartiger Formen, bald bezogen sie sich auf einzelne bösartigere, zumal in Epidemieen auftretende Erkrankungen. Die wichtigeren Leistungen werden bei den einzelnen Formen namhaft gemacht werden.

I. Aetiologie.

Die Ursachen der Bildung von pseudomembranösen Exsudationen in der Mundrachenhöhle können in äusseren Einwirkungen oder in den bestehenden localen oder constitutionellen Verhältnissen oder in beiden zugleich liegen.

Jede Mundrachenhöhle kann von pseudomembranösen Affectionen befallen werden: aber individuelle locale Prädispositionen können ihr Ent-

stehen begünstigen und unter Einwirkungen, die sonst nur Hyperämieen bedingen würden, die pseudomembranöse Exsudation herbeiführen. Hieher gehört:

die zarte Beschaffenheit der Theile, wie sie sich in dem früheren kindlichen (besonders Säuglings-) Alter findet;

früher durchgemachte ähnliche Affectionen;

individuelle Eigenthümlichkeiten der Theile, welche nicht näher bezeichnet werden können.

Bei jeder Constitution können in der Mundrachenhöhle Pseudomembranen sich bilden; aber gewisse Constitutionsverhältnisse begünstigen deren Entstehung, so dass unter Umständen, welche sonst nur Hyperämieen oder auch andere krankhafte Processe in der Mundrachenhöhle veranlassen würden, die pseudomembranösen Exsudate entstehen. Es scheint, dass jede Constitutionsabweichung der Entstehung derselben förderlicher sei, als die normale Constitution; besonders aber wirken in dieser Richtung die schlecht genährte, verkommene Constitution, die Zerrüttung durch vorausgegangene schwere Krankheiten, die Mercurialvergiftung, die scarlatinöse, variolöse und syphilitische Infection, wahrscheinlich noch manche andere Constitutionsmodificationen, welche nicht nominell fixirt sind.

Unter Voraussezung geeigneter localer und constitutioneller Disposition kann jede örtliche Einwirkung, welche überhaupt eine Veränderung der Circulation bewerkstelligen kann, zur Einleitung pseudomembranöser Exsudationen Anlass geben und ebenso können im Verlauf anderer Erkrankungen der Mundrachenhöhle neu zur Einwirkung kommende Ursachen den Anschluss des Exsudationsprocesses bedingen. — Mit überwiegender Sicherheit werden aber pseudomembranöse Absezungen hervorgerufen:

durch inficirende und toxische Einwirkungen;

durch anhaltende und sich wiederholende Schädlichkeiten, seien es äussere, seien es andere Krankheitsprocesse in der Schleimhaut selbst oder den unterliegenden oder benachbarten Geweben, durch welche eine anhaltende Stase in Schleimhautstellen unterhalten wird (Krankheiten der Speicheldrüsen, Kieferknochen) oder von denen aus pseudomembranöse Processe auf die Mundrachenschleimhaut sich topisch ausbreiten (Larynx, Nasenschleimhaut).

Auf einer, vielleicht zum Theil durch locale Einwirkungen, zum Theil durch constitutionelle Vermittlung bedingten Genese beruhen die Epidemieen und Endemieen von exsudativen Stomatopharyngiten, die theils in einzelnen Hospitälern und Findelhäusern, theils in Ausdehnung über grössere Bevölkerungscomplexe beobachtet wurden.

Die Bedingungen, von welchen die Verschiedenheiten in der Exsudation möglicherweise abhängen können, können somit sein 1) äussere Einwirkungen, welche die Mund- und Rachenhöhle treffen, 2) verschiedene anatomische Dispositionen der befallenen Gewebe, 3) verschiedene constitutionelle Dispositionen.

Was zuerst den zweiten Punkt betrifft, so können die verschiedenen anatomischen

Dispositionen wohl beträchtliche, aber keine wesentlichen Verschiedenheiten in der Erkrankung begründen. So hängt ohne Zweifel von den anatomischen Eigenthümlichkeiten der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle. wie sie im frühesten Kindesalter sich finden, die grössere Leichtigkeit derselben zu erkranken und die grössere Neigung der Schleimhaut und des unterliegenden Gewebes zur Destruction ab. Von den verschiedenen Gewebsverhältnissen der einzelnen Theile der Mundrachenschleimhaut hängen mannigfache Verschiedenheiten in der Form und der Intensität der Erkrankungsweise an den verschiedenen Stellen ab. Allein es möchte wohl klüger sein, lezteres Verhältniss bei so nah bei einander liegenden, nirgends scharf begrenzten und selbst in ihrem Bau wenig verschiedenen Theilen einer und derselben Schleimhautauskleidung nicht zu hoch zu taxiren und zu keinen strengen Trennungen der Formen zu benuzen. — Zu Eintheilungsmomenten der hier zur Sprache kommenden Affectionen können somit weder die individuellen localen Dispositionen, noch die einzelnen Stellen der Mund- und Rachenhöhle verwendet werden. Eher eignen sich dazu die Art der äussern Einwirkungen und die Verschiedenheiten der constitutionellen Disposition und Erkrankung. In Bezug auf erstere jedoch kennen wir mit geringer Ausnahme (Tartarus emeticus, syphilitische Localinfection, Roz) keine solche Verschiedenheit der Wirkung örtlicher Einflüsse, dass dadurch eine wesentliche Differenz in der Art der Exsudate bedingt würde, und wir sind darum berechtigt, fast alle diejenigen pseudomembranösen Exsudationen, welche bei einem constitutionell gesunden oder doch nicht constitutionell erkrankten Individuum in der Mund- und Rachenhöhle durch örtliche Einwirkungen hervorgebracht werden, zusammenzufassen und

1) als einfache pseudomembranöse Exsudationen zu bezeichnen. Hiezu sind namentlich alle jene pseudomembranösen Exsudationen in Mund und Rachen zu rechnen, welche nur die Folge einer gewöhnlichen, aber zufällig gesteigerten Hyperämie sind. Sie haben dieselbe Bedeutung wie die Gerinnungen, welche sich zuweilen beim Catarrh der Nase und der Trachea neben dem gewöhnlichen schleimig-eiterigen Secrete bilden. Zu dieser plastischen Stomatitis sind Kinder in dem ersten Lebensmonat vorzugsweise disponirt. Auch im zweiten Monat kommt sie noch ziemlich häufig vor. Ohne Zweifel liegt der Grund davon in der Vulnerabilität und Zartheit der Mundschleimhaut. Die Säuglinge scheinen übrigens nicht alle in gleichem Grade disponirt, doch lässt sich nicht bemerken, dass in ihrer allgemeinen Schwächlichkeit oder Kräftigkeit das den Unterschied bedingende Moment liege. Ohne Zweifel sind ähnliche der anatomischen Beobachtung entgehende, feine Unterschiede wie in der Zartheit der äussern Haut, so auch in der der Schleimhäute bei den einzelnen Individuen vorhanden. Die veranlassenden Ursachen sind vornehmlich Unreinlichkeit, der Gebrauch des sogenannten Schlozers oder Zulps, in welchem der Inhalt oft verdorben ist, scharfe Absonderung oder Ulceration der Brustwarzen der Säugenden, Zurückbleiben von Milch- oder andern Speiseresten, welche sich in der Mundhöhle zersezen u. dergl. Sie rufen eine örtliche Hyperämie hervor, die nach den Dispositionen der zarten Schleimhaut statt zu einfachem Catarrh zur plastischen Exsudation führt. Jedoch bringen die gewöhnlichen Grade von Unreinlichkeit nur bei den empfindlichsten Säuglingen für sich allein Hyperämie und Exsudation hervor. Dagegen wird die Entstehung der Stomatiten ungemein gefördert, wenn zuvor schon hyperämische Zustände, Catarrhe im Darm oder in der Nasenschleimhaut bestehen, welche sich auf die Mundhöhle verbreiten und sofort schon für sich allein daselbst zur Exsudation führen können, um so sicherer aber diese zu Folge haben, wenn nun noch weitere örtliche Einwirkungen durch eine wenn auch nicht gerade weitgehende Vernachlässigung der Reinlichkeit, durch zu angestrengtes Saugen, wunde Brustwarzen u. dergl. mitinfluiren. Daher kommt es, dass so häufig der Stomatitis Störungen in der Verdauung, Diarrhöen etc. vorangehen. Solche sind gewöhnlich nicht eigentlich deren Vorläufer, sondern mitwirkende Momente, welche ihr Zustandekommen erleichtern. Zuweilen mag es allerdings auch geschehen, dass ein ursprünglich an einer Stelle des Darms entstandener Catarrh allmälig sich ausbreitet und nachdem er die Mundhöhle gewonnen hat, daselbst troz aller Sorgfalt und Reinlichkeit Exsudationen zuwegebringt, oder dass die Exsudation in der Mundhöhle von Anfang an nur als Theilerscheinung einer über den ganzen Darm verbreiteten Hyperämie und Entzündung entsteht und daher auch mit lezteren gemeinschaftliche Ursachen hat.

2) Hieran reihen sich diejenigen plastischen Exsudationen, welche chronischen Processen in der Mundrachenhöhle consecutiv sind und bei welchen nur durch die Fortdauer der Ursache, d. h. der primären lentescirenden Störung die Reactivprocesse bis zur Bildung von Pseudomembranen gesteigert werden (secundäre, gemeine, plastische Stomatopharyngitis).

3) An die local entstandenen pseudomembranösen Stomatopharyngiten schliessen sich diejenigen an, welche durch Ausdehnung eines Exsudativprocesses benachbarter Schleimhäute herbeigeführt sind oder auch als Vorläufer von solchen vorkommen, am häufigsten mit Larynxcroup, zuweilen auch mit Nasalcroup oder mit Pneumonie in Verbindung sind. Sie betreffen fast nur die hinteren Partieen: die Gaumensegel, die Uvula, die Mandeln, die hintere Rachenwand, seltener die innere Bakenfläche. In manchen Croupepidemieen ist der Rachencroup häufig die vorherrschende Affection oder beschränkt sich sogar die ganze Erkrankung auf denselben, vornehmlich wenn zeitig geeignete Mittel angewandt werden. Er erscheint alsdann als rudimentäre Form der Croupkrankheit.

Weit grössere Schwierigkeit machen die durch constitutionelle Ursache bedingten, wenn auch durch örtliche Einwirkungen zuletzt veranlassten Exsudationen. Dass unter ihnen Verschiedenheiten existiren, ist unzweifelhaft: welche? ist nach dem gegenwärtigen Stande der Crasenlehre nichts weniger als sicher anzugeben, viel weniger genügend nachzuweisen. Die einzigen Exsudativformen an dieser Stelle, die auf einem nachweislich specifisch-constitutionellen Verhältniss beruhen, sind

4) die von scarlatinöser, variolöser und syphilitischer Infection und von mercurieller Intoxication bedingten. Aber gerade bei diesen ist die Exsudativform nur eine untergeordnete, accessorische oder eine präparatorische und Uebergangsform.

Die übrigen constitutionellen Verhältnisse, welche Exsudativformen in der Mundhöhle zu bedingen im Stande sind, unter dem Namen der fibrinösen Crase zusammenzuwerfen, würde der alltäglichen Erfahrung Gewalt anthun und mit der directen Beobachtung des Bluts, das in den Leichen der an pseudomembranöser Stomatitis Verstorbenen oft genug dünnflüssig ist, im Widerspruch stehen. Da nun aber directe Untersuchungen über die diesen pseudomembranösen Stomatiten zu Grunde liegenden Constitutionsverhältnisse: z. B. über die Blutcrase, die Art der miasmatischen und contagiösen Infection fehlen, so bleibt nichts übrig, als aus Form, Verlauf und Umständen der Exsudation selbst einen Rükschluss auf die Verschiedenheit der zu Grunde liegenden Constitutionsverhältnisse zu versuchen, eine Procedur, die freilich dem Irrthum und der Willkür vielen Spielraum lässt, und die nur nach Muthmaassungen, nicht nach zwingenden Gründen Resultate liefert, aber häufig in der Pathologie die einzig mögliche ist.

Es scheint, um bei so dunklen Verhältnissen nicht zu viel zu spalten, das Geeignetste zu sein, nur zu unterscheiden:

5) die epidemischen pseudomembranösen Stomatopharyngiten (epidemische Diphtheritis), welche in grösseren und kleineren Epidemieen und Endemieen vorkommen, die sich bisweilen über mehre Jahre hinziehen können. — Die Verhältnisse, unter denen solche Seuchen entstehen, scheinen, soweit sie bekannt sind, den Umständen ähnlich zu sein, unter welchen sich der Scorbut ausbildet. Doch ist bemerkenswerth, dass man diese Seuchen viel häufiger in südlichen Gegenden (Syrien, Aegypten, Spanien, Südfrankreich, Italien) beobachtet hat, als in nördlichen. Sie brachen gemeiniglich an Orten aus, wo viele Menschen zusammengehäuft waren (Casernen, Findelhäuser, Waisenhäuser, enggebaute Städte), verbreiteten sich aber besonders in früheren Zeiten zuweilen über grosse Länderstreken. Die einzelnen Epidemieen zeigen nicht nur in Beziehung auf die Intensität und Gefährlichkeit grosse Verschiedenheiten, sondern sie unterscheiden sich zuweilen auch dadurch, dass manchmal nur die Kinder, ein anderesmal nur die Erwachsenen ergriffen werden, in noch anderen Epidemieen kein Unterschied der Disponirtheit sich zeigt. — Die Mittheilungen über Diphtheritisepidemieen erstreken sich bis in die Mitte des 16ten Jahrhunderts, wenn man nicht gar schon das Ulcus syriacum des Aretäus als eine derartige Affection ansehen will. 1557 herrschte in Holland die epidemische Angina, welche Forest beschrieb, und verbreitete sich um dieselbe Zeit und im 17ten, sowie im 18ten Jahrhundert über weitere Theile von Europa, namentlich in Spanien, wo die Affection Garotillo hiess, wenn sie den Rachen, und Fegar, wenn sie die Mundhöhle befällt, und beschrieben wurde von Bonangelinus, Casales, Herrera, Vasquez und Andern, in Italien, woselbst sie von Carnevale, Scambatti, Nola, Severinus, Ghisi (Lettere mediche 1749) u. A. dargestellt wurde, in Frankreich (Chomel: diss. sur le mal de gorge gangréneux 1749), in Holland (Heredia), in Deutschland (Schobinger: diss. de morbo strangulatorio seu maligno faucium carbunculo 1650), in England (Fothergill, Huxham, Withering, Keetely, Johnstone, W. Grant etc), in Nordamerica (Sam. Bard). Vgl. darüber Eisenmann (die Krankheitsfamilie Typhus

p. 239 u. 296), Fuchs (Historische Untersuchung über Angina maligna 1828) und die Bibliographie von Dezeimeris (im Dict. en XXX Vol. III. 135). — Eine genauere Darstellung der anatomischen Verhältnisse und eine geänderte Anschauungsweise über die Natur der Krankheit verdankt man Bretonneau (des inflamm. spéc. du tissu muqueux 1826), der von 1818 — 1820 eine schwere Epidemie in Tours beobachtete, die Bildung der Pseudomembranen bei dieser Krankheit zeigte, die Aehnlichkeit, wie die Differenz von der scarlatinösen Angina nachwies, den Uebergang in Larynxaffection klarer machte, jedoch durch die Behauptung der Identität der von ihm zuerst sogenannten diphtheritischen Angine mit dem Croup zu neuer Verwirrung Veranlassung gab. Von späteren Artikeln sind besonders beachtenswerth die von Roche (Dict. en XV Vol. II. 543), Guersant (Dict. en XXX Vol. III. 119), Trousseau (ibid. X. 390), Bourgeois (Mém. de l'acad. de méd. IV. B. 1, Beobachtung einer Epidemie in Saint-Denis), Monneret (Compend. I. 134), Becquerel (Gaz. méd. XI. 687) und die Werke von Valleix und Rilliet und Barthez.

6) Die secundären, bei Cachectischen, in vorgerükten schweren acuten und chronischen Krankheiten sich ausbildenden Pseudomembranen der Mund- und Rachenhöhle (cachectische Diphtheritis, cachectische, secundäre Aphthen): diese finden sich in jedem Alter, doch vielleicht häufiger im Kindes- und Greisenalter, als in jedem andern, wahrscheinlich darum, weil in diesen Lebensabschnitten die Krankheiten am häufigsten vorkommen, welche zu jenen Exsudationen Veranlassung geben. Es sind besonders Fälle, bei welchen acut oder chronisch der Körper in einen hohen Grad von Marasmus verfällt, ferner alle schweren Affectionen des Blutes (schwere Typhen, Tuberculose, Krebsmarasmus, langdauernde allgemeine Hydropsie).

II. Pathologie.

Hyperämie geht den pseudomembranösen Affectionen gewöhnlich voran. Sie ist bald mehr, bald weniger intensiv und oft mit erheblicher Schwellung der unter der Schleimhaut gelegenen Theile (submucöses Gewebe, Tonsillen, Zunge, Zahnfleisch etc.) und mit Lokerung des Schleimhautgewebs selbst verbunden.

Zuweilen leiten vesiculöse Exsudationen, Follicularentzündungen, pustulöse Bildungen, Excoriationen und Geschwüre die plastische Exsudation ein.

Die Exsudatschichten selbst treten entweder zuerst in dünnen Anflügen oder in disseminirten Fleken auf, können auf dieser Stufe verbleiben und wieder verheilen oder durch nachfolgende Exsudation diker werden, sich ausbreiten und zulezt, wiewohl selten, die ganze Mundrachenhöhle auskleiden. Die Exsudate, anfangs weiss, werden später grau, gelblich, bräunlich; sie bestehen aus amorphen Massen, granulirten Körperchen, Fezen und Schollen, vielfach mit Blutkörperchen durchsezt oder von Blutfarbstoff gelblich und bräunlich gefärbt, überdem in mannigfachen, oft verschieden zusammengesezten Schichten übereinandergelagert, endlich oftmals mit Entophytparasiten belastet. Meist sind diese Massen in vorzugsweiser Menge, oft auch allein in den hinteren Partieen abgesezt. Sie vertroknen zuweilen zu gelbbraunen Schorfen. — Die Schleimhaut unter den Exsudaten ist grösstentheils ihres Epitheliums beraubt, oft aufgelokert, bald roth, bald blass, bald missfarbig und Mortificationsprocesse entwikeln sich häufig in ihr.

Fast immer findet gleichzeitig eine mehr oder weniger beträchtlich vermehrte Speichelsecretion und gewöhnlich ein übler, oft höchst stinkender Geruch aus dem Munde statt.

Die Bewegungen der Mundrachenorgane sind erschwert oder unmöglich

gemacht, die Geschmaksempfindung aufgehoben, zuweilen Schmerzen vorhanden.

Die Lymphdrüsen schwellen an und das ganze Antliz, sowie der Hals werden häufig ödematös.

Eine mehr oder weniger bedeutende Störung der Digestion tritt fast jedesmal ein. Die übrigen allgemeinen Erscheinungen sind nach Intensität und Ursachen der Exsudation, sowie nach der Individualität des Kranken höchst verschieden.

Die Heilung geschieht nach Abstossung der Exsudationen unter Regeneration des normalen Epithels.

Sie wird verzögert oder vereitelt:

durch Fortschreiten des Processes auf benachbarte Schleimhäute (Larynx etc.);

durch umfangreiches Wuchern von Entophytparasiten;

durch destructive Vorgänge in der Schleimhaut (Ulcerationen, Brand);

durch Abscedirungen und Mortificationen in den unterliegenden Geweben;

durch die schwere und consumirende Theilnahme der Gesammtconstitution.

Unter solchen Umständen kann ein tödtliches Ende oder können mehr oder weniger langwierige Consecutivprocesse eintreten.

Je nach den Umständen des Vorkommens zeigen die pseudomembranösen Stomatopharyngiten weitere Verschiedenheiten.

A. Primäre einfache pseudomembranöse Stomatopharyngitis.

Der Siz derselben ist überall da, wo die Ursachen gewirkt haben; doch verbreitet sich die Affection häufig etwas über den ursprünglichen Siz hinaus. Vornehmlich finden sich die Pseudomembranen vereinzelt am Zahnfleisch, Zungenrand, Bakenwand, an den Gaumensegeln, Tonsillen, an der Rachenwand, selten in grosser Ausdehnung, noch seltener die ganze Höhle überziehend.

Die Pseudomembranen sind selten dik, meist nur schwache weisse Anflüge, verschwinden gewöhnlich bald und von selbst, und nur bei grober Vernachlässigung oder durch Einnisten von Entophytparasiten zeigen sie einen längeren Bestand und entwikeln sich Verjauchungen und Mortificationen unter ihnen.

Diese Formen sind meist von sehr geringer Bedeutung, werden oft übersehen oder doch wenig beachtet. Nur bei kleinen Kindern sind sie von Wichtigkeit, weil sie die Wucherstätte des Soors zu werden pflegen. — Sie machen bald keine Beschwerden, bald solche, welche bei jeder anderen intensiven Mund- und Rachenhyperämie oder einer Entzündung dieser Theile beobachtet werden, und weder die örtlichen, noch die allgemeinen Folgen haben etwas Besonderes.

B. Die secundäre gemeine pseudomembranöse Stomatopharyngitis.

Der Ausgangspunkt der Schleimhautaffection entspricht der Stelle, an welcher der krankhafte Process in dem benachbarten Organe der Schleimhaut am nächsten liegt. Ueber diese Stelle hinaus können sich die Pseudomembranen in verschiedener Weite ausdehnen.

Die Pseudomembranen, anfangs dünn und sparsam, wie bei der primären Stomatopharyngitis, können in gleicher Weise abheilen. Oft aber nehmen sie, zumal wenn der veranlassende Process sich in gleicher Intensität in die Länge zieht, an Dike zu, werden missfärbig, schmierig, fangen an jauchig zu zerfallen und diesem Fortgange entsprechen ein immer fötider werdender Geruch, zunehmende Erschwerung der Bewegungen, des Durchgangs von Getränken und Luft, Oedeme des Halses und Antlizes, schwere Gehirnzufälle, Prostration und adynamisches Fieber. Necrotische Processe stellen sich auf der Schleimhaut ein, und wenn nicht der Tod eintritt, so können abnorme Verwachsungen bei dem Heilungsprocesse sich herstellen.

Diese Form umfasst Fälle der geringsten, wie der schwersten Art. Bei jenen wird neben dem wichtigeren Processe der Nachbarschaft die Exsudation in der Mundhöhle kaum beachtet, so bei manchen Tonsillaranginen, Zungenentzündungen, Parotiten: auch weicht sie von selbst, sobald die veranlassende Erkrankung sich zu mässigen beginnt.

In den schwereren Fällen, wie sie bei bösartigen Parotiten, bei Necrose und Caries der Kieferknochen, bei Retropharyngealabscessen, auch bei manchen schlimm verlaufenden Zungenentzündungen vorkommt, nimmt die pseudomembranöse Affection der Mund- und vornehmlich der Rachenhöhle bald alle Aufmerksamkeit in Anspruch. Dike, rasch wachsende und rasch sich zersezende Massen bilden sich über grossen Streken der Schleimhaut und sammeln sich vornehmlich in der hintern Partie des Rachens, verbreiten einen pestilentialischen Geruch, verhindern jede Bewegung, sogar das passive Oeffnen des Mundes, machen die Einfuhr selbst flüssiger Substanzen fast unmöglich und erschweren sogar den Luftdurchgang. Eine mehr oder weniger reichliche Salivation und meist nicht unerhebliche Schmerzen quälen den Kranken noch weiter. Die Lymphdrüsen, das ganze benachbarte Zellgewebe schwellen an, der Kopf kann nicht mehr gedreht werden, Delirien und Sopor treten ein und das Fieber steigert sich rasch und nimmt den adynamischen Character an. Hiezu kommen mehr oder weniger schwere Symptome vom Darm: stinkende und unwillkürliche Durchfälle, Meteorismus, ferner steigende Dyspnoe und der Tod ist der gewöhnliche Ausgang. — Im Falle einer rechtzeitigen Besserung des primären Processes gestalten sich auch die Verhältnisse in der Schleimhaut günstiger. Die Membranen fangen an sich loszustossen, aber oft findet man jezt, dass ausgebreitete, blutige Verschwärungen sich unter ihnen gebildet hatten. Doch heilen, wenn die weiteren Störungen sich ausgleichen, auch diese ziemlich rasch, wobei aber häufig Verwachsungen der Gaumensegel, der Bakenschleimhaut mit Zahnfleisch und Zunge und andere nachtheilige Anheftungen entstehen.

C. Croupöse Stomatopharyngitis als Theilerscheinung benachbarter Croupprocesse.

Die Erscheinungen, welche der croupösen Stomatopharyngitis selbst (nicht den begleitenden Erkrankungen) angehören oder als nächste und gewöhnliche Folgen derselben angesehen werden können, sind: Vorboten, wie sie der Laryngotrachealcroup zeigt, Schwellung und Röthung einer oder beider Tonsillen, Röthung der Gaumensegel, bald darauf Bildung einer dünnen, innig anhängenden weisslichen Schichte über den gerötheten Theilen, sehr schwieriges Schlingen, rauhe Stimme, belegte Zunge; Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Halslymphdrüsen; ziemlich heftiges Fieber; meist wenigstens einige Affection der Respirationswerkzeuge: verstopfte und geröthete Nase, Beengung, kurzes Athmen, Husten, pfeifende und rasselnde Geräusche.

Wenn der croupöse Process nicht auf den Larynx sich ausbreitet, so erlischt er im Rachen meist rasch, zuweilen unter dem Eintritt eines Herpes um Nase und Mund; und die ganze Krankheit endet

nach sechs bis zehn Tagen, selbst wenn nicht viel dagegen gethan wird.

Immer aber ist die Ausbreitung auf den Larynx zu fürchten, oft erst dann, wenn bereits der Rachencroup wieder in der Abnahme begriffen ist, und es ist darum auch ein mässiger Rachencroup nicht gering zu achten.

D. Die der Scarlatina, Variola, Syphilis, dem Mercurialismus **accessorischen pseudomembranösen Stomatopharyngiten** können alle Grade, von den leichtesten bis zu den schwersten, mit Zerstörung der Schleimhaut verlaufenden Exsudationen darbieten.

Die Erscheinungen unterscheiden sich bei diesen Affectionen im Einzelnen nicht von denen, welche anders entstandene Stomatopharyngiten darbieten. Wohl aber ist der Verlauf gemeiniglich ein bösartigerer, die Neigung zur Heilung eine geringere und überdem die Complication mit weiteren Veränderungen entscheidend. S. die specifischen Störungen der Mundrachenhöhle.

E. Die **epidemische Diphtheritis der Mund-Rachenhöhle.**

Die Affection zeigt sich je nach den einzelnen Epidemieen, zuweilen aber auch je nach Einzelfällen bald mehr auf dem Zahnfleische, bald auf den Baken, bald auf den Mandeln, dem Gaumensegel und der hintern Rachenwand, doch auch häufig an diesen verschiedenen Theilen zumal, überwiegend häufig jedoch in den hinteren Partieen.

Die Erkrankung beginnt bald mit Frost, bald allmälig mit allgemeinem Uebelbefinden, Mattigkeit und sonstigen Erscheinungen eines zunächst mässigen Fiebers, bald mit den örtlichen Störungen.

Die örtlichen Erscheinungen beginnen mit lebhafter, zuweilen flekiger oder livider Röthung, leichterer oder beträchtlicherer Schwellung des Theils, der meist eine grosse Neigung zum Bluten zeigt, bei Affection der hinteren Partieen mit Schwierigkeit im Schlingen, bei Ergriffensein der vorderen und mittleren mit schwierigem und schmerzhaftem Kauen. Bald bedekt sich eine Stelle mit einem graulichen Anflug, der in Kurzem diker und ausgebreiteter, dabei oft gelb und bräunlich oder schwarz wird. Diese Exsudationen zeigen sich von besonderer Dike auf dem Zahnfleisch und den Mandeln, finden sich aber auch auf den Lippen, der innern Bakenfläche, der Zunge, dem Gaumensegel, der hinteren Rachenwand. Zieht man die pseudomembranöse Schichte weg, so findet man je nach dem Grade der Affection die unterliegende Schleimhaut geröthet, blutend, erodirt oder auch einen grösseren Substanzverlust, ein Geschwür mit lividen, leblosen, zerfressenen Rändern, schmuzigem Grunde und einem saniösen Secrete. Nach dem Wegnehmen der Pseudomembranen stellen sich binnen Kurzem neue Exsudate, zuweilen von schorfartiger Beschaffenheit her, unter denen die ulceröse Zerstörung um so rascher um sich greift. Anschwellung der Speicheldrüsen, der lymphatischen Drüsen der Unterkinnladengegend und des Halses, Salivation und ein höchst übler Geruch aus dem Munde begleiten diese Affection, die jedoch bei üblem Ausgang früher tödtet, ehe es zu ausgedehntem Substanzverluste gekommen ist.

Im günstigen Falle mässigt sich die Hyperämie, die Pseudomembranen stossen sich langsam ab und die unterliegende Schleimhaut zeigt mehr und mehr ein normales und reines Aussehen. Wo einmal grössere Ver-

schwärungen eingetreten sind, pflegt auch im besten Falle der Process der Heilung derselben geraume Zeit anzudauern. Es kann aber auch die Exsudation auf die Nasenschleimhaut und besonders auf den Larynx sich ausbreiten.

Oder es erfolgt unter zunehmender Verjauchung des Exsudats und Destruction der Schleimhaut der Tod.

Die örtlichen Veränderungen sind stets von mehr oder weniger bedeutenden allgemeinen und consecutiven Erscheinungen begleitet, Erscheinungen, welche theils als Ausdruk einer schweren Allgemeinkrankheit, wie solche stets bei seuchenartigen Erkrankungen zu bestehen pflegt, theils als Folge weiterer Ausbreitungen des diphtheritischen Processes auf andere Organe (Respirationsorgane, Magen, Darm etc.) oder sonstiger Complicationen zu betrachten sind.

Es begreift sich hienach, dass die begleitenden Phänomene nach epidemischen und individuellen Verhältnissen sich mannigfach verschieden gestalten und combiniren müssen, daher denn auch die Beschreibungen der einzelnen Epidemieen in vielen mehr oder weniger wesentlichen Punkten Differenzen zeigen.

Ausser der Verschiedenheit nach dem vorzugsweisen Siz der Exsudationen — eine Verschiedenheit, welche von fast allen Schriftstellern so wichtig erachtet wurde, dass sie aus der diphtheritischen Stomatopharyngitis zwei Krankheiten machten — lassen sich die Differenzen des Verlaufes auf folgende hervorragende Verhältnisse zurückführen:

a) Die örtliche Affection entwikelt sich in mässiger Intensität und mit mässiger Acuität. Die allgemeinen Erscheinungen sind von Anfang an gering, beschränken sich auf allgemeines Unwohlsein und nur im weitern Verlauf treten leichte Fieberbewegungen auf. Die Affection gibt, wenn nicht grobe Fehler gemacht werden, eine gute Prognose.

b) Die örtliche Affection beginnt mit grosser Heftigkeit, starker Schwellung und Hyperämie, ausgebreiteten Exsudationen. Das Individuum ist kräftig und vollblütig. Die ganze Krankheit ist von einem heftigen initialen Froste eingeleitet, auf welchen ein Fieber von hohem Grade und entzündlicher Form folgt. Eine derartige Erkrankung kann bald eine günstige Wendung nehmen, bietet aber die doppelte Gefahr, einmal die einer Ausbreitung auf weitere Organe, vorzüglich die Respirationsorgane, zweitens die eines Uebergangs des lebhaften Fiebers in Prostration und Adynamie.

c) Die Individuen sind schwächlich, heruntergekommen, cachectisch. Neigung zu abundanten Blutungen und zur Destruction zeigen sich frühzeitig. Das Fieber, anfangs von scheinbar mässigem Grade, zeigt sich bald von grosser Hinfälligkeit begleitet und geht unmerklich in die stupide Form über. Die ergriffenen Stellen werden bald livid, das Exsudat schmierig, schmuzig und von dunkler Farbe. Schwere Symptome vom Darmcanal gesellen sich hinzu. Die Prognose ist schlecht.

d) Die ganze Erkrankung hat einen chronischen, lentescirenden, dabei aber insidiösen Character und kann sich mit immer neuer Production von Pseudomembranen über Monate hinziehen. Die Kranken verfallen in Marasmus, die Gelenke schwellen ödematös, und obgleich häufig zulezt noch ein günstiger Ausgang erfolgt, kann doch auch spät noch unter Sopor oder unter Erscheinungen von Lungenaffection der Tod eintreten.

Weitere Modificationen des Verlaufs werden bedingt durch die Complicationen der Stomatopharyngitis. Die häufigsten und wichtigsten sind: diphtheritische Coryza und Ozaena ist gewöhnlich von geringem Belange; diphtheritische Laryngitis meist mit tödtlichem Ausgang; Bronchitis und Pneumonie, gleichfalls von übler Prognose; Gastritis, Dysenterie; höherer Grad von Hypinose; Meningealexsudation und Oedem des Gehirns, in höheren Graden immer tödtlich.

F. Die aphthös-pseudomembranöse Stomatopharyngitis; die cachectischen, secundären Aphthen.

Das erste Anzeichen, dass die Affection sich zu bilden droht, ist, dass die Zunge, die bis dahin meist mehr oder weniger belegt war, sich uner-

wartet und rasch, troz dem dass die sonstigen Beschwerden sich nicht bessern, reinigt. Betrachtet man die Zunge genauer, so bemerkt man leicht, dass sie sich, obgleich aller Beleg verschwunden ist, nicht im normalen Zustande befindet. Ihr Roth ist lebhafter, dunkler, oft etwas livid, die Fläche sehr glatt und etwas troken; oft zeigen sich leichte Risse auf ihr; oft bemerkt man an einzelnen Stellen noch fezigen Beleg. Die Bewegungen der Zunge sind etwas beschwerlich und wenn der Kranke ein genügend freies Bewusstsein hat, so klagt er über Gefühl von Hize, Brennen und Wundsein im Munde und Schlunde und findet das Schlingen erschwert. Zuweilen entstehen nun Bläschen auf der Zunge und inneren Bakenfläche; mögen diese vorangehen oder nicht, so bedekt sich die Schleimhaut bald mit einem flekigen, jedoch binnen Kurzem confluirenden, weiss-grauen, später gelblich werdenden Exsudate, unter welchem das Gewebe blutend und exulcerirt gefunden wird. Dieses Exsudat beginnt meist in den vorderen Mundpartieen und auf der Zunge, erstrekt sich aber, wenn der Kranke nicht bald stirbt, nach und nach auf die hinteren Theile und kann den ganzen Oesophagus, wie es scheint sogar weitere Partieen des Darms überziehen. Die Schmerzhaftigkeit der Mundhöhle und die Schwierigkeit der Bewegungen wird dabei gewöhnlich noch erhöht. Doch ist das Erscheinen der Exsudate so häufig der Vorläufer des tödtlichen Ausgangs, dass bald ein comatöser Zustand alle weiteren sensitiven und motorischen Erscheinungen verdekt. Nur selten erholt sich ein solcher Kranker noch, indem sich die Theile wieder reinigen, die Exsudate dünner werden, die Geschwüre heilen und es geschieht diess nur, wenn die Primärerkrankung, welche die Ursache der Exsudate war, sich ermässigt oder der Heilung entgegengeht.

Manchmal zieht sich der Zustand, wenn er nicht bedeutend ist, unter Schwankungen von Besser- und Schlimmerwerden in die Länge. Meist dagegen nimmt mit dem Eintritt der Exsudate die Prostration und der Collapsus rasch zu, es gesellen sich häufig, wenn sie nicht zuvor schon vorhanden, Zeichen von Darmaffection: Erbrechen, Schluchzen, colliquative Diarrhöen hinzu und die Aphthen befördern in dieser Weise den Untergang. Am besten ist immer die Prognose dieser Aphthen, wenn sie bei anfangender Reconvalescenz einer in der Lösung begriffenen schweren acuten Erkrankung eintreten, wiewohl sie auch unter diesen Umständen häufig den Kranken zurükwerfen und entweder troz der beseitigten Gefahr von der Primäraffection ihn noch tödten können oder die Herstellung sehr verzögern und ein längeres Siechthum bedingen.

Gewöhnlich wuchern Soorpilze in diesen Exsudaten, die um so mehr überhandnehmen, in je hinfälligerem Zustande der Kranke sich erhält.

III. Therapie.

Die Aufgaben der Therapie bei den pseudomembranösen Exsudationen in der Mundrachenhöhle sind:

Behandlung, Beseitigung der Ursachen und Abhaltung neuer Schädlichkeiten;

Reinlichkeit und mechanische Entfernung der Pseudomembranen;

bei dikeren und hartnäkig sich wiederholenden Exsudationen oder bei von irgend einer Seite her drohender Gefahr topische Anwendung von adstringirenden oder caustischen Mitteln;

ein innerliches Verfahren, jedoch nur:

bei Anhäufung der Pseudomembranen im hintern Rachen ein Emeticum;

bei hartnäkiger Wiederholung der Ausschwizungen: Kali chloricum;

bei Betheiligung der Gesammtconstitution in der Form der Gereiztheit, des Fiebers, der Adynamie die entsprechenden Methoden;

bei Digestionsstörung vorsichtige Diät, leichte Abführmittel oder aber, wo nöthig, tonische und anhaltende Medicamente;

bei sonstigen begleitenden und complicirenden localen oder allgemeinen Störungen die dagegen indicirten Methoden.

Das Verfahren gegen die einzelnen Formen der pseudomembranösen Erkrankung modificirt sich folgendermaassen:

1. Geringfügige einfache idiopathische pseudomembranöse Stomatopharyngiten heilen meist rasch bei genügender Reinlichkeit; wo nicht, so ist dasselbe Verfahren wie gegen die erythematöse Entzündung anzuordnen und bei protrahirter Exsudation eine oberflächliche Cauterisation vorzunehmen.

2. Bei den consecutiven pseudomembranösen Exsudationen, welche neben und in Folge anderer Processe in der Mundrachenhöhle entstehen, ist die Behandlung der Leztern die Hauptsache. Die Pseudomembran ist, wenn sie dik wird, mechanisch zu entfernen, wenn sie sich hartnäkig wiederbildet, die Fläche mit einem Adstringens oder einem leichten Causticum topisch zu behandeln.

3. Bei dem Rachencroup, welcher den Larynxcroup begleitet oder die Aussicht gibt, dass er von ihm gefolgt werde, kann anfangs die örtliche Application von Chlorwasser, von Alaun versucht werden und ist der Kranke, selbst bei sonstigem Wohlbefinden, im Bette zu halten. Nimmt die Affection im Rachen zu, so ist alsbald ein Emeticum in Anwendung zu bringen und die Stelle energischer mit Adstringentien oder noch besser mit caustischen Mitteln wiederholt topisch zu behandeln.

4. Eine Behandlung der bestimmten und weiter characterisirten Constitutionserkrankungen accessorischer Diphtheritis hat nur dann einzutreten, wenn sie durch Uebermaass der Störung sehr belästigt oder gefährlich wird. Das Verfahren unterscheidet sich in nichts Wesentlichem von dem der Diphtheritis.

5. Die Behandlung der epidemischen Diphtheritis besteht:

a. in örtlichen Applicationen: reinigenden Mitteln, leichten Reizmitteln, Adstringentien und Causticis, sie genügen häufig in leichten Fällen und im Anfang der Erkrankung;

b. in dem allgemeinen Verfahren, wozu Venaesectionen, Brechmittel, Abführmittel, Mercurialien, bei adynamischem Fieber Tonica und analeptische Mittel empfohlen wurden.

Die hauptsächlich angewandten Topica sind der Alaun, der trokene Chlorkalk, das Chlornatron, das Calomel, vornehmlich aber die Caustica: Salzsäure und Silbersalpeterlösung, je nach der Dringlichkeit verdünnt oder concentrirt. — Oertliche Application von Blutegeln wird nur von Wenigen gelobt.

Die Allgemeinbehandlung ist in den meisten Fällen überflüssig oder hat sich auf den Gebrauch eines Emeticum und der durch den Kräftezustand und das Fieber

gebotenen Medicationen zu beschränken. Doch ist denkbar, dass der Character einzelner Epidemieen die Anwendung der übrigen namhaft gemachten Einwirkungen nützlich macht.

6. Die Behandlung der cachectischen Stomatopharyngitis hat sich nach den Umständen zu richten.

a. Wenn die Mundaffection auf der Höhe acuter schwerer Erkrankungen ausbricht, so ist ihre Behandlung Nebensache; es ist gegen sie vorzugsweise nur möglichste Reinlichkeit des Mundes anzuwenden, die diksten Schichten der Pseudomembranen sind wegzunehmen und die Stellen höchstens mit etwas Borax oder Alaun zu bestreichen. Das Wichtigste in solchen Fällen ist die Behandlung der primären Krankheit und die Sorge, dass die Kräfte des Kranken die gefährliche Catastrophe überdauern.

b. Bei Exsudationen, die im Verlauf weitgediehener unheilbarer chronischer Krankheiten auftreten, ist die Hilfe fast immer nur palliativ; doch darf sie nicht versäumt werden, um dem Kranken die lästige Complication, welche seine Mundaffection darstellt, nach Möglichkeit zu erleichtern. Auch in diesen Fällen ist scrupulöse Reinlichkeit des Mundes vor allem nöthig, daneben Bepinselungen mit Honig, Borax, schwachen Säuren, Alaun u. dergl. Zuweilen gelingt es, wenigstens für einige Zeit, die Exsudationen hiedurch gänzlich zu beseitigen; doch zeigt die Mundhöhle grosse Neigung, binnen Kurzem wieder von ihnen überzogen zu werden.

c. Am meisten Aussicht hat die Behandlung und am wichtigsten ist sie und am dringendsten zugleich in Fällen, wo die Exsudationen im Verlaufe heilbarer chronischer Affectionen oder während des Reconvalescentenmarasmus auftreten. Lässt man sie in solchen Fällen überhand nehmen, so drohen sie einen an sich rettbaren oder gar auf dem Wege der Besserung befindlichen Kranken aufs Neue zurükzuwerfen und zulezt zu Grunde zu richten. Unter solchen Umständen sind nicht nur die schon angeführten Mittel unverzüglich in Anwendung zu sezen, sondern es ist, sobald sich unter ihrem Gebrauch der Zustand der Mundhöhle nicht bessert, zur Cauterisation mit Höllenstein oder einer concentrirten Mineralsäure zu schreiten. Zugleich ist zur Unterstüzung der Kräfte eines solchen Kranken nicht nur eine gute und concentrirte, dabei leicht verdauliche Nahrung zu reichen, sondern es werden damit zwekmässig, wenn nicht Contraindicationen davon abhalten müssen, eigentliche Tonica: die Eisenpräparate, die Chinarinde, Gentiana oder dergl. angewandt.

5. Pustulöse Stomatopharyngitis.

Pustulöse Eruptionen in der Mund- und Rachenhöhle kommen nicht ganz selten bei den Poken, nach dem Gebrauch des Tartarus emeticus in grossen Dosen, zuweilen spontan bei den verschiedenen Arten der Stomatopharyngitis durch Vereiterung einzelner Follikel, wie vornehmlich auf den Mandeln vor. Indessen sind alle diese Pusteleruptionen ohne grossen Belang: die bei Variolen vorkommenden werden zwekmässiger bei den Poken selbst betrachtet; die von Brechweinsteingebrauch ändern nichts in dem Bilde einer heftigen, durch örtliche Einwirkung hervorgebrachten Stomatopharyngitis; die Pusteln, welche im Verlauf anderer Entzünd-

ungen des Theils vereinzelt auftreten, sind unwesentliche Modificationen der Erkrankung. Die Therapie erhält ebenfalls durch das Vorhandensein von Pusteln an diesen Theilen keine Indicationen, welche von denen bei heftiger Entzündung derselben verschieden wären.

6. Submucöse und parenchymatöse Stomatopharyngiten, Verhärtungen und Eiter in dem unter der Schleimhaut gelegenen Zellgewebe, Hyperämieen, Infiltrationen und Abscedirungen der Parenchyme.

Den submucösen und parenchymatösen Infiltrationen und Phlegmonen gehen stets Hyperämieen voran, die häufig von der Schleimhaut aus beginnen, aber die tiefern Gewebstheile erreichen und dadurch eine stärkere Schwellung, Spannung des Theils und intenseren Schmerz an der Stelle (meist Brennen, Klopfen) veranlassen. Auch solche Hyperämieen können zuweilen noch durch zeitig bewirkte Entfernung der Ursachen, kräftige Antiphlogose, starke Ableitung sich ohne Weiteres lösen, meist jedoch gehen sie, der anatomischen Verhältnisse des Gewebes wegen, in Eiterbildung, oder bei mässiger, aber protrahirter Hyperämie in eine später gewöhnlich doch noch schmelzende harte Infiltration über.

a. Lippenödem und Lippenentzündung.

I. Bei manchen Individuen besteht eine habituelle Disposition zu Lippenentzündungen, die immer zeitweise von selbst oder durch irgend eine geringe Veranlassung auftreten, auch ohne dass das Individuum an andern Körpertheilen Anomalieen zeigt.

Verlezungen, vornehmlich unreine (Insectenstiche, Wunden mit besudelten Instrumenten, zurükbleibende fremde Körper) können bei Jedem eine phlegmonöse Lippenentzündung veranlassen und die einmal durchgemachte Affection hinterlässt eine Geneigtheit zu erneuerten Erkrankungen der Stelle.

Bei Störungen der die Lippen überziehenden Schleimhaut oder der Nachbarschaft (Entzündungen des Antlizes, des Zahnfleisches etc.) kann auch die Lippe mit afficirt werden und dort die Störung die tieferen Schichten des Parenchyms ergreifen.

Bei Constitutionsanomalieen (Scropheln, Pyämie, Hydrops, Scorbut etc.) wird die Lippe zuweilen oder (wie bei Scropheln) fast regelmässig der Siz von Infiltrationen.

II. Die Lippeninfiltration kann sich in acutem Verlauf oder chronisch und selbst habituell darstellen.

A. Acute Lippenentzündung.

Die Lippe schwillt unter dem Gefühl von Spannung und Hize an, wird stark geröthet und empfindlich für Berührung, die Bewegungen des Mundes sind erschwert; der Speichel läuft, wenn die untere Lippe afficirt ist, wegen mangelhaften Schlusses des Mundes ab; eine Geschwulst erhebt sich an der Stelle, wo die Lippe an das Zahnfleisch sich sezt; allmälig stellt sich ein klopfender Schmerz ein, Fluctuation zeigt sich auf der Höhe der Geschwulst, welche zulezt aufbricht und eine ziemliche Menge Eiters ergiessen kann. Der entleerte Abscess schliesst sich gewöhnlich mit Leichtigkeit.

Oder es geschieht, dass die Hyperämie keinen Eiter bildet, vielmehr eine Härte an einer Stelle der Lippen, oft mit starker Anschwellung und

Entstellung der leztern zurükbleibt, oder auch dass der Abscess nach seiner Oeffnung eine solche hinterlässt.

Zuweilen gesellen sich zu den submucösen Entzündungen Exsudationen und Verschwärungen auf der Schleimhaut.

Selten sind bei der Lippenentzündung irgend beträchtliche allgemeine Erscheinungen vorhanden. Doch kann etwas Appetitlosigkeit, Zungenbeleg, leichte Fiebererregung dabei eintreten.

B. Bei der chronischen Infiltration sind die Lippen habituell verdikt, unförmlich gewulstet, oft in höchst entstellender Weise. Auf der Schleimhautseite und an den Lippenwinkeln entstehen oft blutende Schrunden oder Excoriationen, die sich mit Krusten und Borken bedeken. Das Parenchym selbst lässt da und dort mehr oder weniger derbe und umfangreiche Verhärtungen durchfühlen. Von Zeit zu Zeit treten acutere Anschwellungen in der habituell verdikten Lippe ein, welche zu partiellen Abscedirungen führen, die jedoch selten zur Abschwellung der Lippe beitragen, vielmehr durch unvollständige Schmelzung meist neue Härten und abermalige Vergrösserung in dem Theile hinterlassen.

III. Die Cur besteht im Anfang in örtlicher Blutentziehung, Diät, Laxans; später in Cataplasmen, Oeffnung des Abscesses; bei Induration in Einreibungen der Jodsalbe, fortdauernder Diät, strenger Enthaltsamkeit; bei grosser Hartnäkigkeit in innerlichem Gebrauch des Jod, Fischthrans, einer Laxircur; bei Verschwärungen der Schleimhaut in der Anwendung reinigender Waschungen, adstringirender Fomentationen und Unguente oder der Cauterisation.

b. Phlegmonöse Entzündung des Zahnfleisches (Parulis).

I. Die Abscesse des Zahnfleisches können durch einen Stoss oder Schlag hervorgerufen werden; am häufigsten werden sie durch eine Erkrankung eines Zahns, seiner Alveolarhöhle, durch Operationen an den Zähnen, Einsezen von Zähnen herbeigeführt. Zuweilen entstehen sie aber auch ohne bekannte Ursache, besonders bei jugendlichen, schwammig genährten oder bei cachectischen Individuen.

II. Der Siz der Entzündung ist beinahe immer das vor den Zähnen gelegene Zahnfleisch. Die Symptome sind verschieden nach der Tiefe und Ausbreitung des Abscesses. In den leichtesten Fällen bildet sich unter mässigen Schmerzen eine kleine umschriebene Geschwulst am Zahnfleisch oder an der Stelle des Uebergangs der Schleimhaut auf die Wangen. Sie bricht auf, entleert etwas Eiter und die ganze Affection ist damit in wenigen Tagen vorüber. — Sobald aber der Entzündungsherd tiefer sizt oder ausgebreiteter ist, so sind nicht nur die Schmerzen viel heftiger, oft kaum zu ertragen und über den ganzen Kopf sich verbreitend, die Geschwulst nicht nur am Zahnfleisch grösser, röther, langsamer sich entwikelnd, sondern es schwillt auch die ganze Bake an, das Oeffnen des Mundes, das Kauen, das Sprechen wird beschwerlich, selbst unmöglich, eine Salivation stellt sich ein und die Zunge belegt sich; bei Parulis der *obern* Zahnreihe sind die Schmerzen besonders heftig im Oberkiefer, die

Geschwulst erstrekt sich bis zum Auge, bei Parulis der untern Reihe schwillt die Submaxillargegend und der Hals. Der Verlauf ist langsamer, die Nächte sind wegen der Schmerzen schlaflos, oft stellt sich Fieber ein. Am 5—8ten Tage endlich, oft erst später bildet sich der Abscess, der häufig mit der Zahnhöhle communicirt; oft bricht derselbe zugleich nach Aussen auf der Bake oder unter dem Unterkiefer auf, bildet eine Fistel; nicht selten dringt er bis auf den Knochen, entblösst diesen und eine Necrose des leztern stellt sich ein.

III. Bei den leichtesten Graden der Parulis ist kaum eine Therapie nöthig: das Abscesschen wird aufgestochen, wenn es zögert, sich zu öffnen. — In heftigern Fällen muss, wenn möglich, erst die Ursache berüksichtigt werden (Entfernung oder doch Reinigung des schadhaften Zahns, Entfernung eines Splitters, eingesezten Zahns, eines schädlichen Plombs); sofort pflegt man, jedoch meist ohne Erfolg, Blutegel zu sezen: nüzlicher sind Scarificationen; darauf Cataplasmen (weiche Früchte) auf das Zahnfleisch selbst oder doch auf die Bake, baldiges Oeffnen des Abscesses. Bei Bildung einer Fistel ist die Weiterbehandlung chirurgisch.

c. *Parenchymatöse Entzündungen der Zunge.*

Die Zungenentzündung wird schon bei den alten Schriftstellern (bei Hippocrates, Aretäus u. A.) beschrieben gefunden. Vielfach wurde jedoch die Glossitis mit dem Namen Zungenprolapsus bezeichnet und wurden unter lezterem Ausdruk alle Fälle subsumirt, bei welchen die Zunge vor die Zähne zu liegen kommt (Sauvages). Besonders gegen das Ende des vorigen Jahrhunderts beschäftigte man sich viel mit der Zungenentzündung, ohne dass jedoch die damaligen Schriften (grossentheils Dissertationen) jezt noch bedeutendes Interesse erregen dürften. Auch unter den späteren Bearbeitungen der Glossitis sind keine ungewöhnlich hervorragenden. Man kann vergleichen: P. Frank (de curandis §. 163—167), S. G. Vogel (Handbuch IV. 105), Reil (Fieberlehre II. §. 127—133), Breschet und Finot (Dict. des sc. méd. XVIII. 483), Bégin (Dict. en XV. Vol. IX. 205), Marjolin (Dict. en XXX. Vol. XVII. 484), Valleix (Guide du méd. IV. 177) und manche Andere.

I. Aetiologie.

Die Zungenentzündung, insonderheit die acute, gehört zu den seltneren Krankheiten. Die Ursachen, welche dieselbe hervorbringen, sind örtliche Einwirkungen: gewaltige Verlezungen, Verbrennungen, Stiche von Bienen, Wespen u. dergl., die Einführung scharfer Stoffe (Daphne, Caustica) in die Mundhöhle, wie behauptet wird in einigen Fällen das Beissen auf Kröten oder das Einführen von Pflanzen, die von solchen besudelt waren. Auch nach Trinken von sehr kaltem Wasser bei heissem Körper soll sie entstanden sein. Die chronische und beschränkte Glossitis kann schon durch die beständige Reizung der Zunge durch eine scharfe Zahnkante entstehen. — Von allgemein und auf entfernte Theile wirkenden Ursachen der Glossitis darf wohl die Queksilberintoxication mit Sicherheit angeführt werden; zweifelhafter sind andere, welche man angegeben findet, als: Erkältung der Füsse, Vertreibung von Fussschweissen, von Hämorrhoiden, vom Menstrualfluss, das übermässige Schnüren des Halses. — Zuweilen tritt die Krankheit auch auf, ohne dass sich eine genügende Ursache auffinden liesse.

Reil (§. 128) gibt an, die Glossitis einmal epidemisch gesehen zu haben.

II. Pathologie.

A. Die acute Zungenentzündung erstrekt sich auf das ganze Gewebe des Organs, oder doch auf den grössten Theil desselben.

Die örtliche Störung beginnt rasch, meist ohne Vorboten, kurz nach der Einwirkung der Ursachen, oder wo solche unbekannt blieben, unerwartet. Oder sie wird durch allgemeines Uebelbefinden, Frösteln oder einen heftigen Frost eingeleitet.

Die Zunge brennt, ihre Bewegungen werden schmerzhaft, sie schwillt an und binnen Kurzem erreicht sie ein bedeutendes, oft nach wenigen Tagen schon ganz enormes Volumen. Sie füllt nicht nur die ganze Mundhöhle aus, sondern ragt zwischen den geöffneten Zähnen zuweilen um 1 Zoll und noch weiter hervor, erscheint dabei als ein plumper, formloser, dunkelroth oder livid, zuweilen schwarz aussehender Klumpen, der sich troken und heiss anfühlt. Nur auf der oberen Fläche ist zuweilen ein weisser Beleg zu bemerken.

Hiedurch werden nicht nur alle Functionen der Zunge und der sämmtlichen Organe der Mundhöhle aufs Aeusserste erschwert und ganz unmöglich, sondern es gesellen sich hinzu:

mehr oder weniger schwere Symptome von Blutüberfüllung des Kopfes,
Erschwerung der Respiration,
lebhaftes Fieber.

Sobald die Anschwellung der Zunge einen irgend beträchtlichen Grad erreicht hat, wird das Sprechen unverständlich, zulezt ganz unmöglich. Dessgleichen verhält es sich mit dem Kauen, dem Schlingen. Das Gehirn zeigt die Symptome einer mehr oder weniger gesteigerten Hyperämie, das Antliz ist gedunsen, roth oder livid, die Augen injicirt; allmälig wird auch die Respiration erschwert, behindert, ängstlich und es stellen sich selbst heftigere Dyspnoe- und wahre Erstikungsanfälle ein. Leztere können einen gefährlichen Character annehmen und selbst tödtlich werden, wenn, wie es hin und wieder geschieht, in Folge der Glossitis ein Oedem der Nachbartheile auftritt und den Kehldekel und die Glottis erreicht. Meist besteht neben der Zungenentzündung eine Salivation verschiedenen Grades; doch wird die Speichelung zuweilen nur darum auffallend, weil weder der geöffnete Mund den Speichel zurükhalten, noch der leztere in den Oesophagus abfliessen kann. — Die acute Glossitis begleitet gewöhnlich ein nicht unbeträchtliches Fieber, das sich jedoch weniger durch grosse Pulsfrequenz und durch heftige Hize der Haut, als hauptsächlich durch grosse Mattigkeit, Schlaflosigkeit und Unruhe, eingenommenen Kopf, zuweilen Delirien, Unmachten, später durch einen halbsoporösen Zustand auszeichnet.

Die Entzündung endet:

in Zertheilung unter allmäliger Abnahme der Zungengeschwulst und damit zusammenhängendem Nachlass der übrigen Symptome;

in chronische Verhärtung (chronische Glossitis);

in Eiterung unter Bildung eines stinkenden Eiter enthaltenden Abscesses, meist an der Basis der Zunge, nach dessen Eröffnung alle Symptome rasch sich ermässigen, die Zunge zusammenfällt und die Stelle oft ohne deutliche, zuweilen mit derber, strahliger Narbe heilt;

in Gangrän (s. diese).

Der Tod trat in einzelnen sehr rasch verlaufenden Fällen unmittelbar und wahrscheinlich solange die Zunge noch im Zustand der Hyperämie sich befand, durch die Steigerung der consecutiven Störungen des Gehirns und der Respiration ein.

B. Die chronische Zungeninfiltration ist auf eine oder mehrere kleine, erbsen- bis kirschgrosse Stellen beschränkt.

Die erkrankte Stelle, die meist in der Nähe des Zungenrandes sich befindet, zeigt eine ziemlich harte Geschwulst, die wenig oder gar nicht über die Oberfläche vorragt, sondern nur beim Betasten der Zunge und beim Drüken derselben von zwei Seiten her deutlich wahrgenommen wird. Doch zeigt sich die Schleimhaut darüber stärker gespannt, die Farbe ist nicht verändert. Häufig sind Schmerzen vorhanden, aber gewöhnlich mässig; meist nur ein Gefühl von Spannung, Empfindlichkeit bei Bewegung, leichtes Anstossen der Zunge, ein Gefühl, als wäre ein fremder Körper vorhanden, zuweilen aber auch Brennen und zeitweise Stiche; Kauen und Sprechen sind häufig etwas beschwerlich. Die Verhärtung kann Jahre lang ohne Veränderung bestehen, heilen oder auch zuletzt in einen kleinen Abscess enden.

Diese Form, die kaum von den Autoren berücksichtigt wird, kommt nichtsdestoweniger häufig genug vor. Sie ist entweder das Residuum einer früheren acuten Glossitis, oder sie entwikelt sich allmälig, oft ohne bekannte Ursache, meist in der Nachbarschaft einer scharfen Zahnkante, einer rauhen Weinsteinincrustation. Auch kann das Zungenparenchym in chronischer Weise an den Affectionen der Schleimhaut, namentlich an deren Geschwüren in Form einer reactiven Infiltration und Verhärtung participiren.

C. Die Glossitis dissecans.

Diese Form zeigt sich in chronischer, zuweilen in subacuter Weise. Die Zunge zerfällt bald ohne Schmerzen, bald unter solchen in mehr oder weniger zahlreiche Läppchen, welche meist etwas angeschwollen sind, ein lebhaft oder düster rothes Aussehen zeigen und zwischen welchen Furchen verlaufen, in denen Speichelreste und Epithelien sich sammeln und dadurch oft Veranlassung zu hartnäkigen und schmerzhaften schrundigen Geschwüren geben. — Dieser Zustand heilt selten, vielleicht niemals wieder vollständig.

Die Ursachen des gar nicht selten vorkommenden allmäligen Zerfallens der Zunge in mehr oder weniger zahlreiche Läppchen sind nicht näher zu bezeichnen. Selbst der Hergang hat manches Zweifelhafte, und es fragt sich, ob er in jedem Falle der gleiche sei. Während das eine Mal offenbar die Anschwellung der Läppchen und das Atrophiren ihrer Interstitien der erste Vorgang ist, an welchen sich nur durch das Haften von fremden Substanzen in den entstandenen Furchen eine Bildung von Schrundengeschwüren anschliesst, scheint in andern Fällen die Entstehung von Rhagades das Primäre und die Läppchentheilung die Folge davon zu sein. — Dieser krankhafte Zustand der Zunge macht manchen Individuen von geringer Empfindlichkeit und Achtsamkeit so wenig Beschwerden, dass sie keine Ahnung von demselben haben, während er für Andere eine Quelle der lästigsten Beschwerden, Schmerzen und Functionshemmungen wird. — Nach Erlöschen der abnormen capillären Circulation in dem Theile kann die gelappte Zunge als habitueller Zustand zurükbleiben, wie ein solcher in andern Fällen in angeborner Weise vorkommt.

D. Tuberkel der Zunge kommen selten vor und sind ohne practischen Belang.

III. Therapie.

Solange die Glossitis einen mässig acuten Verlauf hat, die Vergrösserung nicht beträchtlich zu werden droht, schwere Gehirnsymptome und Dyspnoe nicht eintreten, kann man exspectativ verfahren und die meist bald erfolgende Abschwellung der Zunge erwarten. Man kann solche

vielleicht beschleunigen durch eine Aderlässe, eine starke örtliche Blutentziehung unter dem Kinn, ein Laxans.

Tritt die Glossitis mit grosser Heftigkeit auf, so ist bei kräftigen Subjecten die Venaesection nicht zu versäumen, kann selbst mit Vortheil wiederholt werden. Daneben ist eine energische örtliche Blutentziehung, durch Ansezen von Blutegeln unter das Kinn oder an der Zunge selbst, am besten vielleicht durch Scarificationen der Zunge selbst vorzunehmen, und es wird diese Procedur, wenn sie das erste Mal nicht genügend erleichtert, nach Bedürfniss wiederholt. Auch ist das Zergehenlassen von Eis im Munde passend. Alle warmen Mundwasser und derartige Injectionen sind dagegen zu vermeiden. Damit verbindet man, solange der Kranke schlingen kann, ein Laxans, später kühlende Klystire. Die strenge, selbst absolute Diät gebietet sich von selbst. Um so mehr aber ist es nöthig, dem Kranken, sobald er nach oft mehrtägiger gezwungener vollständiger Enthaltsamkeit wieder etwas schlingen kann, zur Unterstüzung seiner Kräfte flüssige Nahrungsmittel in nicht zu sparsamer Weise zu reichen. — Nur selten mag bei drohender Erstikung die Indication der Tracheotomie eintreten.

Sobald man vermuthet, dass ein Abscess sich gebildet habe, muss dem Eiter zeitig Ausgang verschafft werden.

Bei den chronischen Formen sind vor Allem die Ursachen zu beseitigen, ausserdem Curen mit milden, warmen Mitteln: warme, schleimige Mundwasser, innerliche Anwendung gehaltloser Thermen, die milden, aber fortgesezten Laxircuren, die örtliche und innerliche Anwendung des Jods, bei grosser Hartnäkigkeit das oberflächliche Cauterisiren der verhärteten Stellen in Gebrauch zu ziehen. Bei sehr beschränkten indolenten Infiltrationen kann die operative Entfernung des Knotens vorgenommen werden.

d. Submucöse Entzündungen am Gaumengewölbe.

I. Submucöse Infiltrationen und Abscedirungen am Gaumengewölbe entstehen

zuweilen ohne bekannte Ursache;

durch einmalige oder wiederholte mechanische, thermische oder chemische Verlezungen;

durch Fortschreiten einer Knochenkrankheit;

unter dem Einfluss constitutioneller Störungen (Scropheln, syphilitische Lues).

II. Es bildet sich eine das Kauen und die Bissenbildung erschwerende, oft auch wirkliche Schmerzen hervorrufende, meist platte Geschwulst am Gaumengewölbe, welche bald von einer gerötheten, bald von einer bleichen Schleimhaut überzogen ist, bald ziemlich derb und hart, bald weich und fluctuirend erscheint.

In günstigen Fällen, bei geringfügigen oder nur einmal zur Wirkung kommenden Ursachen, bei Schonung und gesunder Constitution zertheilt sich die Geschwulst in Kurzem wieder; oder es bildet sich rasch ein

Abscess, der nach dem Aufbruch sich alsbald wieder schliesst, wonach die vollständige Integrität der Theile sich herstellt.

In ungünstigen Fällen verschleppt sich die Affection, wird weder rükgängig, noch stellt sich eine rasche und genügende Eiterung her. Sie nimmt im Gegentheil langsam an Grösse zu, kann selbst das Athmen beeinträchtigen, und wenn sie endlich sich spontan öffnet, oder künstlich dem Eiter Ausgang verschafft wird, so stellt sich eine lentescirende Suppuration her, während nicht selten der Knochen cariös wird, oder auch schon beim Aufbruch des Abscesses in mehr oder weniger weitem Umfang und beträchtlicher Tiefe consumirt ist, ja selbst bereits Communicationen mit der Nasenhöhle sich hergestellt haben. In solchen Fällen ist es noch das Vortheilhafteste, wenn die Stelle mit einer sichtlichen und oft durch ihre Form nicht unbeschwerlichen Narbe heilt; häufig aber hinterbleiben Fistelgänge oder selbst ein beträchtlicher Substanzverlust im Knochen.

III. Die Behandlung hat

etwaige fortwirkende Ursachen zu beseitigen und jede Reizung des kranken Theils durch Kauen, reizende Nahrung, heisse Speisen vermeiden zu lassen;

örtlich milde Substanzen zu appliciren (milde Gurgelwasser, Aufkleben einer in Milch erweichten Frucht);

den Abscess zeitig zu öffnen und nach seiner Oeffnung reinigende Einsprizungen zu machen;

bei zögernder Heilung die etwaigen Constitutionsstörungen zu berüksichtigen, in die Abscesshöhle adstringirende, schwach cauterisirende oder jodhaltige Injectionen zu machen, wo es thunlich und nöthig erscheint, stärkere Caustica in flüssiger oder trokener Form anzuwenden.

e. *Infiltrationen der Uvula.*

Infiltrationen des Zäpfchens sind häufige Folgen heftiger oder langandauernder Hyperämieen, welche diesen Theil gemeiniglich neben und nach Erkrankung benachbarter Partieen befallen. Sie sind meist zu unbedeutend, als dass sie eine besondere Berüksichtigung finden. Doch kann es geschehen, dass bei starker Anschwellung und submucöser Abscedirung in der Uvula, oder bei dauernder Vergrösserung des Organs der Larynx gereizt, und im ersten Fall ein heftiger krampfhafter Husten mit Erstikungszufällen, im zweiten ein chronischer hartnäkiger Husten erregt wird, der nicht ganz selten die irrthümliche Diagnose einer Schwindsucht veranlasst.

Bei derartigen Nachtheilen der Uvulaentzündung ist in acuten Fällen die zeitige Oeffnung des Abscesses, in chronischen die operative Verkürzung der verlängerten Uvula indicirt und beseitigt rasch die sämmtlichen Folgen des Zustandes.

Vgl. Yearsley (a treatise on the elarged tonsil and elongated uvula 1851. p. 58).

f. *Entzündungen der Tonsillen (Angina tonsillaris, Amygdalitis, Mandelbräune).*

Die Tonsillarangine ist seit ältester Zeit bekannt und schon von Celsus als Entzündung der Mandeln angesehen worden. Meist jedoch wurde sie mit andern Af-

tectionen des Rachens zusammen abgehandelt und gemeiniglich als eine Species oder Varietät der Angina betrachtet. Erst in neuerer Zeit hat man, dem anatomischen Principe getreu, besonders in Frankreich allgemeiner angefangen, die Amygdalitis von den übrigen Rachenerkrankungen abzutrennen (s. z. B. die drei französischen Dictionnaires und die Abschnitte in den meisten französischen Werken über specielle Pathologie). Dieser Fortschritt musste sich von selbst machen; dessgleichen der andere, vielleicht noch wichtigere, dass man, geleitet durch ein gemeinsames stillschweigendes Uebereinkommen, in neuerer Zeit fast allenthalben jene verwirrenden und auf alten schiefen Vorstellungen beruhenden Species der gastrischen, biliösen, rheumatischen Angina hat fallen lassen. Es lassen sich jedoch keine besondern Arbeiten namhaft machen, durch welche diese oder andere Fortschritte in der Kenntniss der Amygdalitis vorzugsweise vermittelt worden wären. Vielmehr findet sich die Krankheit überall ziemlich genügend, wenn auch dem jeweiligen Standpunkt und dem Zeitalter des Autors gemäss etwas verschieden abgehandelt. — Hienach können und müssen wir uns enthalten, eine Sammlung der sonstigen, doch keine Spizen bietenden Artikel über diese Krankheitsform beizubringen.

I. Aetiologie.

Die acute Amygdalitis kommt am häufigsten in dem Alter von der Pubertätsentwiklung an bis zur Zeit der beginnenden Involution vor. Doch findet sie sich, wenn gleich seltener, auch bei Kindern und Greisen.

Manche Individuen sind in hohem Grade zu der Krankheit disponirt und solche werden zuweilen lange Zeit ihres Lebens hindurch jedes Jahr ein- oder mehreremale von der Mandelentzündung befallen.

Es sind meist im Uebrigen gesunde Individuen, doch auch solche, welche von jeder herrschenden Seuche vorzugsweise leicht ergriffen werden und den Einflüssen wechselnder Witterung, Erkältungen und Durchnässungen sich nicht leicht ungestraft aussezen können. Worauf diese gesteigerte Disposition zur Mandelentzündung beruhe, ist nicht zu sagen, nur soviel ist gewiss, dass dieselbe stets um so eher wiederkehrt, je öfter sie schon durchgemacht wurde, und dass bei solchen disponirten Individuen erst im vorgerükteren Alter die Neigung, an der Tonsillarangine zu erkranken, allmälig erlischt.

Wenn die Amygdalitis auch in früher Jugend selten primär vorkommt, so begleitet sie doch um so häufiger in diesem Alter andere Krankheiten. Ueberdem sind auch ihre geringeren Grade bei Kindern gefährlicher und tödten zuweilen in höchst acuter Weise.

Bei Greisen andererseits zeichnen sich die selten vorkommenden Amygdaliten durch die Lentescenz des Verlaufs und die Unwahrscheinlichkeit vollständiger Heilung aus.

Die Krankheit tritt primär und zwar oft in cumulirter, halbepidemischer Weise, und secundär auf. Zunächst veranlassende Ursachen sind vor allem Erkältung.

Die acute Amygdalitis wird am häufigsten hervorgebracht durch Erkältung des Halses, Erkältungen und Durchnässungen der Füsse, Athmen von kalter Luft, angestrengtes Sprechen, Singen und Schreien besonders in kalter Luft und bei gleichzeitigem Gebrauch erhizender Getränke, durch kaltes Trinken, Genuss von Eis. — Einigemale schien mir die starke Erschütterung beim heftigen Niesen die Mandelaffection (vielleicht unter Entstehung einer kleinen parenchymatösen Hämorrhagie) rasch herbeizuführen.

Nicht selten lässt sich auch keine besondere Gelegenheitsursache auffinden, welche die Erkrankung veranlasste. Bei Disponirten bewirken übrigens solche Kleinigkeiten den Ausbruch der Amygdalitis, dass dieselben sehr leicht übersehen werden können.

Die Krankheit kommt unter allen Jahreszeiten am häufigsten im Frühjahr und Herbst, bei nasser, feuchtkalter Witterung vor und erhebt sich unter solchen Umständen nicht selten zu kleinen, wenig ausgebreiteten Epidemieen.

In secundärer Weise kommt die Entzündung der Mandeln bei verschiedenen *Krankheiten* vor: bei Fiebern, vornehmlich exanthematischen (vor allen Scharlach),

In Folge von Entzündungen der Rachenschleimhaut überhaupt, bei der Mercur-Intoxication, bei Syphilis.

Die chronischen Entzündungen der Mandeln sind

entweder Residuen acuter Amygdaliten;

oder sie entstehen schleichend, vornehmlich bei übermässiger und ungeeigneter Anstrengung der Rachentheile durch Singen und anhaltendes Sprechen, in Folge wiederholter Einflüsse der Kälte, endlich unter der Mitwirkung constitutioneller Erkrankungen.

Die chronischen Amygdaliten kommen noch häufiger vor als die acuten, da die lezteren sehr gewöhnlich, vorzüglich bei Wiederholung, eine schleichende Entzündung hinterlassen. Aber auch primär chronisch treten die Affectionen nicht selten auf, zumal bei scrophulösen und syphilitischen Individuen oder auch bei solchen, welche Stimm- und Sprachorgane in einer schonungslosen Weise anstrengen. Besonders Anstrengungen durch Singen während der Mutationsperiode oder selbst noch in der späten Zeit der Pubertätsentwiklung sind häufig Ursache chronischer Intumescenzen und Entzündungen der Mandeln. Auch vieles Trinken (Bier, Branntwein) hat gewöhnlich chronische Mandelanschwellungen zur Folge. Oft ist der Beginn nur scheinbar chronisch, weil zahlreiche leichte acute Amygdaliten von dem Kranken selbst übersehen wurden.

II. Pathologie.

A. Acute Amygdalitis.

Die Erkrankung beginnt entweder mit örtlichen Erscheinungen, oder mit allgemeinen febrilen Symptomen.

Ersteres geschieht, wenn die Entzündung der Mandeln zu einer andern Krankheit hinzutritt, in welchem Falle zwar andersartige Beschwerden der primären Krankheit vorangehen, die beginnende Mandelentzündung aber, wenn überhaupt, sich nur durch örtliche Erscheinungen verräth; oder wenn die Hyperämie in der die Tonsillen überziehenden Schleimhaut und im benachbarten Rachenraume beginnt, die Entzündung des Parenchyms nur untergeordnet ist oder erst im weiteren Verlaufe sich einstellt; endlich in allen von Anfang an subacuten Fällen. Die örtlichen Erscheinungen gehen bald nur wenige Stunden, bald Tage lang, bald selbst Wochen lang der heftigeren Entwiklung voran und leztere kann sich entweder unter Steigerung der localen Störungen oder unter Eintreten eines Frostes oder anderer Symptome der Allgemeinerkrankung einstellen.

Wo dagegen die Entzündung ohne vorausgegangene sonstige Erkrankung und ohne einleitende Schleimhauthyperämie sich acut in dem Drüsenkörper entwikelt, beginnt in der Mehrzahl der Fälle die Erkrankung mit mehr oder weniger deutlichen allgemeinen Fiebervorboten, welche an sich noch auf keine bestimmte örtliche Krankheit hindeuten und welche sofort von einem mässigen, zuweilen heftigen Froste gefolgt sind, mit dem der Kranke bettlägerig wird. Erst in der darauf sich entwikelnden und von heftigem Kopfweh (Eingenommenheit, Taumel oder Stechen und Klopfen im Kopfe) begleiteten Fieberhize, oft noch nicht einmal am ersten Tage derselben bemerkt der Kranke die ersten subjectiven Erscheinungen im Halse, während die objectiven Zeichen, Röthung, Schwellung der Mandeln allerdings, wenn nicht die Untersuchung wie gewöhnlich versäumt wird, häufig schon vorher gefunden werden können. — Die Amygdalitis hat bei dieser Art der Entstehung manche Aehnlichkeit mit der Entwiklung acuter Exantheme und kann am ersten und zweiten Tage sehr wohl für eine sehr schwere acute Krankheit (Meningitis, Typhus, Scarlatina, Variolen etc.) imponiren.

Die örtlichen Veränderungen in den Tonsillen beginnen mit Hyperämie des Drüsenkörpers und zwar meist zuerst nur auf einer Seite. Die Tonsille schwillt an, wird allmälig zu einem unförmlichen, plumpen, oft Welschnuss-grossen Klumpen, der in die Rachenhöhle hereinragt. Die überziehende wie die benachbarte Schleimhaut ist dunkel geröthet und selbst zuweilen mit einer dünnen Pseudomembran bedekt. Meist schwillt nach einigen Tagen auch die andere Tonsille, doch in mässigerem Grade an. Diese Anschwellung bedingt:

Gefühl von Lästigkeit oder selbst lebhaften Schmerz;

Erschwerung oder Unmöglichkeit des Schlingens, häufige Nöthigung zum Leerschluken;

Erschwerung der Sprache, eigenthümliche Modification der Stimme oder selbst gänzliche Unmöglichkeit des Sprechens;

Erschwerung der Luftpassage mit mehr oder weniger beträchtlicher Dyspnoe.

Hiezu gesellen sich in allen irgend erheblichen Fällen:

intensive Mundcatarrhe mit dikem Zungenbeleg;

Salivation meist zwar nur mässigen Grades, aber höchst beschwerlich;

intensiver Darmcatarrh, meist mit Verstopfung;

zuweilen Lungencatarrh mit acutem Emphysem;

intensive Blutüberfüllung des Kopfes mit Schmerzen, Aufregung oder Betäubung, zuweilen mit Delirien und Sopor;

meist Fieberbewegungen von ziemlichem oder sehr beträchtlichem Grade.

Sobald die Anschwellung einigermaassen rasch geschieht und etwas beträchtlicher wird, so hat der Kranke lästige Gefühle davon. Zuerst ist das Schlingen etwas genirt und wenn der Kranke Acht auf sich hat, so meint er alle paar Augenblike leer schluken zu müssen. Sofort tritt das Gefühl von Spannung ein, das zuweilen über die ganze Seite des Kopfes und Halses sich erstrekt. Häufig hat der Kranke ein Gefühl von Wundsein, eine krazende Empfindung im Halse und nicht selten heftige Stiche, lancinirende Schmerzen, die dem Gefühle nach die Mandeln, den Hals durchbohren oder gegen die Ohren zu gehen. Diese Empfindungen treten schon spontan, noch mehr aber bei jedem Versuch zum Schlingen ein. Lezteres wird immer schwieriger, bald kann nur noch Flüssiges, später selbst diess nicht mehr oder nur unter den grössten Schmerzen hinuntergelassen werden. Dessgleichen wird nun auch das Sprechen sehr schmerzhaft, bekommt einen eigenthümlichen Ton und wird in den meisten Fällen schon um den dritten bis vierten Tag ganz unmöglich. Das Gesicht erscheint auf einer Seite gedunsen, die Stelle unter dem Winkel der Mandibula, welche der Tonsille entspricht, ist geschwollen und beträchtlich empfindlich. Zugleich nehmen jezt die Kopfsymptome wenigstens in schweren Fällen zu: entweder steigern sich die Kopfschmerzen, oder es tritt ein aufgeregter Zustand mit lebhaften Bildererscheinungen, Ohrensausen, schrekhaften Träumen, zuweilen selbst mit vorübergehenden Delirien ein, oder aber und am häufigsten zeigt sich der Kranke ziemlich apathisch, blöde und in seinem Verhalten nicht weit von einem soporösen Zustand entfernt. In manchen Fällen zeigt sich ein ungewöhnlicher Grad von Prostration.

Der Puls ist meist ziemlich frequent, voll, die Haut troken und heiss, die Temperatur steigt bis auf 32—33° R. und selbst darüber, macht keine oder geringe morgendliche Remissionen; doch ermässigen sich die Fiebererscheinungen häufig schon während der Zunahme der örtlichen Entzündung und haben gerade, wenn leztere den höchsten Grad erreicht, oft fast aufgehört.

Dabei ist die Zunge constant dik belegt, der Appetit fehlt vollkommen, der Stuhl ist verstopft. Eine der lästigsten, fast nie fehlenden Erscheinungen ist aber eine vermehrte Speichelsecretion, die sich gewöhnlich am zweiten oder dritten Tage einstellt und solange die Geschwulst besteht, fortdauert und zunimmt, ein unablässiges Ausspuken nothwendig macht und dem Kranken jede Nachtruhe dadurch raubt, dass, sobald derselbe einige Augenblike in Schlaf sinkt, der Speichel gegen die geschwollenen Mandeln hinläuft, gewaltsame und schmerzhafte Schlingcontractionen veranlasst und den Kranken wieder aufwekt. Daher kommt es, dass der Kranke oft 4—5 Nächte schlaflos und in quälendem Zustande zubringt, was ihn ausnehmend erschöpft und die Reizung seines Gehirns noch steigert.

Erreicht die Anschwellung der Tonsillen einen sehr bedeutenden Grad oder sind beide Mandeln stark geschwollen, so wird auch der Durchgang der Luft zu den Respirationsorganen gehindert, es entsteht Beengung und Dyspnoe oft in höchst lästigem Grade. Stiche auf der Brust treten ein und häufig wird bei der Auscultation ein grobknisterndes Rasseln in den untern und hintern Partieen der Lungen bemerkt.

Häufig ist durch Verbreitung der Schleimhautentzündung auf die Eustachische Röhre Schwerhörigkeit auf einem oder beiden Ohren, zuweilen heftiger Schmerz im Ohr vorhanden.

In dem aus der Vene gelassenen Blute zeigt sich eine Vermehrung der Fibrine, welche im Durchschnitt das Doppelte ihrer Normalproportion erreicht.

In sehr vielen Fällen sind jedoch örtliche und allgemeine Erscheinungen weit geringer, selbst bis zum Uebersehen unbedeutend; alle Stufen zwischen den im Ganzen nicht häufigen Affectionen mit schwerster Erkrankung und den gelindesten Formen kommen vor.

Diese Erscheinungen dauern in mehr oder weniger vollständiger Ausbildung und Intensität und unter stetiger, durch keine Remissionen unterbrochener Zunahme mindestens 3 Tage, selten über 7 Tage fort. Nur ausnahmsweise löst sich die Hyperämie einfach und ohne Productbildung; fast immer wenigstens in den mit Fieber verlaufenden Fällen endet die Hyperämie in Bildung von Eiter, welcher entweder bei mässigem Verlaufe in mehreren einzelnen von den Follikelwandungen isolirten Abscesschen oder in einem gemeinschaftlichen Herde und in grösserer Menge enthalten ist.

Mit der Vollendung der Infiltration oder wenigstens mit dem Aufbruch des Abscesses sinkt das Fieber, ohne dass jedoch die Temperatur alsbald zur Norm zurükkehren würde; die Gehirnsymptome verschwinden rasch und Mund- und Darmcatarrh verlieren sich in wenigen Tagen.

Nur in sehr seltenen Fällen scheint brandiges Absterben die Folge der Amygdalitis zu sein. Häufig dagegen bleiben sowohl nach einfacher, aber unvollkommener Zertheilung, als nach der Eiterung chronische Vergrösserungen und Verhärtungen in der Drüse zurük. Auch zeigen sich zuweilen, nachdem die Drüsenentzündung bereits sich ermässigt hat oder selbst gänzlich gehoben ist, selbständige Erkrankungen der Schleimhaut, welche die Mandeln und die Nachbarschaft überzieht: chronisch-catarrhalische Zustände, Pseudomembranen, Ulcerationen. — Ein tödtlicher Ausgang ist höchst selten bei Erwachsenen, während er im kindlichen Alter durch Suffocation, Gehirnerschöpfung und Fieberconsumtion eintreten und bald plözlich und unerwartet, bald nach andauernder Agonie erfolgen kann.

Die Abnahme der Erscheinungen geschieht, wenn die Hyperämie sich einfach zertheilt, meist ziemlich allmälig; die Geschwulst mindert sich, die Erscheinungen mässigen sich, die sympathischen Symptome nehmen ab. Die Erleichterung datirt von keinem bestimmten Zeitpunkte.

Weit entschiedener ist schon die Erleichterung, sobald ein isolirtes Abscesschen aufgebrochen ist. Ein solcher Aufbruch, der sich häufig durch das Entstehen eines kleinen gelben Fleks oder einer Phlyctäne auf dem geschwollenen Drüsenkörper ankündigt, geschieht meistens ziemlich oder ganz unmerklich, im Schlafe, während eines Hustenanfalls, bei einer starken Schlingbewegung. Die kleine Menge von Eiter, die dabei entleert wird, geht gewöhnlich verloren; doch bemerkt der Kranke zuweilen einen ekelhaften Geschmak oder Geruch aus dem Munde und lezterer kann oft auch durch die Untersuchung der Mundhöhle constatirt werden. Das Zeichen des Aufbruchs eines solchen isolirten Abscesschens ist, dass auf einmal der Kranke sich wesentlich erleichtert fühlt; das Sprechen ist wieder möglich, das Schlingen geht leichter, wenn es auch noch schmerzhaft ist. Untersucht man die Mundhöhle, so findet man die Drüsengeschwulst, jedoch nur wenig, verkleinert, dagegen eine klaffende Follikelmündung mit gelblichem Grunde. Die Besserung macht von da an gewöhnlich rasche Fortschritte, indem die übrigen Abscesschen ziemlich unmerklich sich öffnen; die consensuellen Symptome verschwinden binnen Kurzem, der Appetit kehrt wieder und wenn nicht die geöffneten Abscesschen in Geschwüre sich verwandeln oder eine Induration zurükbleibt, so ist die Herstellung meistens in wenigen Tagen vollendet.

Die Oeffnung der grösseren vereinigten Eiterherde erfolgt, wenn sie spontan (nicht künstlich) geschieht, gemeiniglich im Schlafe. Nachdem der Kranke zuvor einen qualvollen Tag durchgemacht und die Erscheinungen den höchsten Grad erreicht hatten, versinkt er endlich in Schlummer, aus dem er aber nach kurzer Dauer unter heftigem Husten oder Würgen erwacht. Es wird nun, sei es durch Husten, sei es durch Erbrechen, eine ekelhaft stinkende, eiterhaltige Masse in grösserer oder geringerer Quantität entleert, worauf zwar noch einige Zeit Ekel und Brechneigung andauert, das Vomiren sich auch noch einigemale wiederholen kann; allmälig aber schläft der Kranke wieder ein und erwacht nach stärkendem, gesundem Schlafe wie neugeboren, ohne Brustbeklemmung, ohne Kopfweh, ohne Beeinträchtigung beim Sprechen, und mit freiem Schlunde. Bei der Untersuchung findet man die geschwollen gewesene Tonsille vollständig collabirt und die Wege vollkommen frei. Die allgemeinen und consensuellen Erscheinungen lassen nun rasch nach, sind selbst zum Theil wie mit einem Schlage entfernt. Doch pflegt die Temperatur, die im Laufe der Nacht um 1—2 Grade sinkt, nicht ohne Weiteres zur Norm zurückzukehren; sondern sie erhält sich noch mehrere Tage ½ Grad und mehr über derselben, und fällt erst allmälig unter 30 Grad. Auch der Puls bleibt meist noch mehrere Tage gereizt und wenn er auch nicht mehr abnorm frequent ist, so behält er doch einige Celerität. Es hängt diese unvollkommene Rükkehr zur Fieberlosigkeit ohne Zweifel davon ab, dass auch die kranke Stelle selbst noch mehrere Tage in irritirtem Zustand sich befindet, und in der That bleibt das Schlingen noch einige Zeit schmerzhaft, das Sprechen ermüdet, die Stimme wird leicht heiser und der Kranke fühlt sich gemeiniglich noch ein paar Tage sehr erschöpft.

In seltenen Fällen geschieht es, dass der Tonsillarabscess nach Aussen aufbricht, wonach eine lange dauernde Fistel zurükbleiben kann.

B. Chronische Amygdalitis.

Die chronische Amygdalitis bildet sich entweder allmälig aus unter fortdauernder oder oft sich wiederholender Einwirkung mässiger Ursachen, oder sie bleibt nach einer acuten Entzündung, vornehmlich aber nach häufig wiedergekehrten und vernachlässigten acuten Entzündungen zurük.

Eine Tonsille oder beide sind vergrössert, oft hökrig, mässig geröthet, an einzelnen Stellen zuweilen von graulicher und sehr blasser Farbe, hart, gegen Berührung und beim Schlingen mehr oder weniger empfindlich. Oft klaffen einzelne Follikel. Auch die Nachbartheile sind geröthet, im Pharynx ist häufig chronische Vascularisation, die Uvula meist seitwärts gekehrt, zuweilen sind pseudomembranöse Anflüge oder Verschwärungen auf der Schleimhaut zu bemerken. Der Kranke hat das Gefühl, als wäre ihm ein fremder Körper im Hals, muss daher häufig schluken, speichelt etwas mehr als im Normalzustande; seine Stimme ermüdet leichter, wird bald heiser und er fühlt Schmerzen, Stiche und Krazen schon für sich, noch mehr beim Sprechen oder Singen. Die Beschwerden sind oft zeitweise sehr gering und werden kaum beachtet, aber bei jeder auch geringen Anstrengung der Halstheile, bei jeder Erkältung, Erhizung, bei jedem Diätfehler, ja selbst schon beim mässigsten Genusse reizenderer Stoffe (Wein u. dergl.) schwillt die Mandel stärker und werden die Beschwerden höchst lästig. Ein halbparalytischer Zustand des Gaumensegels mit Ptosis der Uvula gesellt sich nicht ganz selten dazu. — Je länger dieser Zustand fortdauert, um so mehr verhärtet von dem Drüsengewebe; zuweilen bilden sich auch kleine Abscesschen, deren Aufbruch aber nicht viel erleichtert und das übrige Gewebe nur um so infiltrirter und härter zurüklässt. Consensuelle Erscheinungen sind meist nicht vorhanden, es sei denn während der Exacerbationen; doch breitet sich zuweilen die begleitende Schleimhautentzündung auf Nachbartheile aus: auf die Eustachische Röhre, die Choanen, den Larynx.

Die chronischen Entzündungen der Mandeln machen oft wenig oder gar keine Beschwerden, obwohl die Organe zu diken Klumpen entartet sind. Aber durch die geringsten Ursachen entsteht eine erneuerte Blutüberfüllung der ohnediess schon ausgedehnten Gefässe und alsbald tritt Schmerz, Erschwerung der Sprache, des Schlingens und der ganze Complex der Localsymptome der acuten Amygdalitis, wenn auch in weniger erheblichem Grade als bei dieser ein. Fieber bleibt meist aus oder ist doch sehr unbedeutend. Solche Recrudescenzen dauern oft nur wenige Tage, selbst nur Stundenlang, ziehen sich aber zuweilen über Wochen und Monate hin, bis sich allmälig die Beschwerden wieder verlieren, obwohl der Tonsillenklumpen wenig oder gar nicht abschwillt, sondern nur erbleicht. — In andern Fällen sind jedoch die Beeinträchtigungen durch die Anschwellung der Mandeln permanent sehr beschwerlich und lassen nur unvollkommene Remissionen zu. Siehe hierüber: die Tonsillarhypertrophie und ihre Folgen. — Im vorrükenden Alter werden meist die angeschwollenen Tonsillen immer indolenter, schrumpfen wohl auch einigermaassen ein und machen wenigstens kaum mehr Beschwerden.

III. Therapie.

A. Behandlung der acuten Amygdalitis.

Die Behandlung der acuten Amygdalitis kann im ersten Anfange der Erkrankung die Aufgabe stellen, die Affection zu unterdrüken. Diess kann geschehen:

durch topische Applicationen (eiskalte Flüssigkeit, Chlorwasser, Alaun, Höllenstein);

durch starke örtliche Blutentziehungen;

durch starke Gegenreize am Halse (Vesicatore);

durch Emetica;

durch Abführmittel (gemeine oder Calomel).

Oder es wird die exspectative und befördernde Methode angewandt, welche jedenfalls einzutreten hat, wenn der Fall erst in vorgerüktem Stadium zur Behandlung kommt. Zu dem Ende sind anzuwenden:

nach Maass der Lästigkeit der Anschwellung Blutegel an den Hals oder Scarificationen der Mandeln;

warme Injectionen, warme Dämpfe und warme Cataplasmen zur Förderung der Abscedirung;

kalte Ueberschläge, Blutegel an den Kopf bei heftigen Gehirncongestionen;

Laxantien und Clysmata bei Stuhlverstopfung;

kühlende Mittel gegen das Fieber;

bei eingetretener Abscedirung die Oeffnung des Eiterherdes mittelst des Messers oder die gewaltsame Sprengung desselben durch ein Brechmittel;

bei drohender Suffocation könnte die Tracheotomie nothwendig werden.

Diät, Ruhe, Bettliegen befehlen sich von selbst.

Nach beginnender Abschwellung der Mandelgeschwulst kann mit dem Chlorwasser oder mit adstringirenden Substanzen noch einige Zeit gegurgelt werden. Auch ist es nöthig zur Abhaltung von Recidiven, den Hals noch lange Zeit warm zu halten und den Rachen zu schonen.

Um auch später die Wiederkehr zu verhüten, dient eine sorgfältige Vermeidung von Erkältungen der Füsse und des Halses neben Abhärtung der Haut durch kalte Waschungen, Fluss- und Seebäder.

Zahlreiche Methoden sind im Gange, durch welche die acute Amygdalitis abgekürzt wird, oder doch die Beschwerden gemildert werden können, und man hat

unter ihnen eine ziemlich freie Auswahl. Doch sind auch manche empfohlen, deren Werth sehr zweifelhaft ist, die vielleicht sogar nicht selten schädlich wirken.

Die allgemeine Blutentziehung scheint die Intensität und Dauer der Affection um ein Kleines abzukürzen (Louis, rech. p. 29); selbst wenn sie mehrmals wiederholt wird, ist ihre Wirkung keine bedeutende: die mittlere Dauer der Tonsillarangine bei den von Bouillaud mit den Saignées coup sur coup behandelten Kranken war 8 Tage. Wirksamer soll nach Chauffard's Vermuthung (Arch. gén. XXVIII. 314) eine revulsorische Blutentziehung sein.

Nicht viel günstigeren Einfluss haben örtliche Blutentziehungen durch Application von Blutegeln an den Kieferrand. Meist ändern sie sehr wenig in der Grösse der Geschwulst, erleichtern nur vorübergehend die subjectiven Beschwerden; in einzelnen Fällen scheinen sie, frühe angewandt, die Heftigkeit der Affection zu brechen und eine geringere Entwiklung der Geschwulst und eher eine isolirte Follicularabscessbildung herbeizuführen, oder aber auf der Höhe der Krankheit die lezten Tage vor der Eröffnung des Abscesses erträglicher zu machen; häufig protrahiren die Blutegel den Verlauf, hindern den raschen Uebergang in Eiterung, verzögern, ohne wesentliche Erleichterung zu bringen, die Herstellung und können überdem durch die Hautentzündung, welche sie häufig veranlassen, üble Zufälle (Eczeme u. dergl.) zur Folge haben. Sie sind am ehesten in Fällen, welche mit gefahrdrohender Heftigkeit auftreten, zu benuzen. Eine günstigere Einwirkung wird den Scarificationen der Mandeln zugeschrieben, die jedoch von den meisten Kranken nur mit Widerstreben geduldet werden, und die oft auch ziemlich schmerzhaft sind und starke unangenehme Blutungen veranlassen. Dagegen sinkt nach einer zwekmässig und frühzeitig vorgenommenen Scarification die Tonsillengeschwulst zuweilen rasch zusammen und die Beschwerden, sowie der Ausgang in Eiterung können dadurch beseitigt werden. Jedoch fehlen ausgedehntere Beobachtungen über die Sicherheit dieser Wirkung; bis jezt wurden die Scarificationen vorzüglich von Gerardin (Journ. des connaiss. médicochir. VI. 177) eifrig anempfohlen und von ihnen gerühmt, dass ihrer höchstens zweimaligen, in einem Zwischenraum von 12 oder 24 Stunden vorgenommenen Anwendung auch die heftigsten Amygdaliten weichen.

Nächst den Blutentziehungen werden am häufigsten starke Einwirkungen auf den Darm angewandt. Das Brechmittel, von Stoll gerühmt, scheint häufig eine rasche Rükbildung der Amygdalitis zu bewirken: es ist jedoch ein höchst lästiges Mittel, sobald schon starke Gehirncongestionen vorhanden sind, indem es diese zu steigern pflegt. Milder und doch zugleich vortrefflich wirken kräftige Purganzen, auf deren Gebrauch man häufig die Amygdalitis, wenn sie im Beginn war, rasch verschwinden sieht und welche daher für den ersten Anfang der Krankheit allen andern Mitteln vorzuziehen sein dürften. Das Calomel, das als sicheres Abortivmittel empfohlen wurde, habe ich wiederholt ohne auffälligen Erfolg angewandt.

Sehr nüzlich ist im Anfange der Krankheit die topische Application von Alaunpulver (empfohlen von Velpeau in Acad. des Sciences, Sizung vom 16. Mai 1835), nach dessen Auftragung ich meist eine wesentliche Besserung, mehrmals selbst ein fast augenblikliches Rükschreiten der beginnenden Geschwulst beobachtet habe; ebenso das Gurgeln oder Bepinseln mit Chlorwasser, das gleichfalls meist erfolgreich ist und das ich gegenwärtig seiner leichteren Anwendungsweise wegen vorziehe. Andere haben als topische Abortivmittel den Höllenstein, troken oder in Lösung, die Salzsäure, die Tinctura Pimpinell. alb., den Borax, die Ammoniakpräparate, das Pyrothonide genannte brenzliche Oel, das Guajakpulver, Helm mit Eis gekühlte Mandelmilch oder Limonade, Bouteau das Einathmen von Schwefeläther empfohlen.

Bei jeder Behandlung thut man gleich von Anfang an wohl, den Hals gehörig zu schüzen, ohne ihn zu sehr zu erwärmen, auch kann man mit Vortheil in kalt Wasser getauchte ausgerungene Tücher umschlagen; man hat das Sprechen zu vermeiden, das Schlingen zu beschränken, auch das Gurgeln, wenn es nicht ganz ohne Schmerz geschieht, zu unterlassen, Diät zu halten und ruhig in gleichmässiger Temperatur, am besten im Bett zu verbleiben.

Wenn es nicht gelungen ist, durch das Verfahren beim Beginn der Erkrankung die Hyperämie der Drüse zu coupiren und dadurch die Productbildung zu verhüten, oder wenn der Fall erst in vorgerükterem Stadium zur Behandlung kommt, so hat die weitere Cur den Zwek, einerseits die Menge des Products nach Möglichkeit zu beschränken, andererseits die Entfernung und Ausstossung desselben zu befördern und zu beschleunigen. Bei plethorischen Subjecten und heftigem Fieber wird in diesem Sinne eine allgemeine Blutentziehung mit Vortheil angewandt; Scarificationen der geschwollenen Drüse können in jedem Zeitraum nüzlich sein, indem sie, solange die Hyperämie dauert, diese durch unmittelbare Entziehung

von Blut mässigen, später aber durch die Einschnitte dem gebildet werdenden Producte Gelegenheit zu alsbaldiger Entleerung darbieten. Auch ist zur zeitlichen Ermässigung heftiger Beschwerden die Anwendung von Blutegeln nicht ganz zu verwerfen. — Ausserdem sind Cataplasmen auf den Hals, emollirende und narcotische Dämpfe in den Rachen, Sinapismen auf die Beine anzuwenden. Auch die Quecksilbersalbe hat man in solchen Fällen benüzt; doch ist der Vortheil ihrer Anwendung sehr problematisch. Daneben muss auf offenen Stuhl gewirkt werden; strenge Diät hält der Kranke von selbst; jeder Versuch zu sprechen, jede andere Anstrengung der Halstheile ist ihm streng zu untersagen. — Nähert man sich der Zeit, wo der Eiter als gebildet angenommen werden kann, und sind die Beschwerden in hohem Grade lästig, so muss die Eröffnung, wenn sie zögert, künstlich herbeigeführt werden. Man bedient sich hiezu entweder des Brechmittels, indem durch die Erschütterung beim Brechen etc. häufig die Abscesswand gesprengt wird; oder man öffnet zwekmässiger den Abscess mit einem schneidenden Instrumente.

Ist die Oeffnung des Abscesses spontan oder künstlich erfolgt, so darf der Kranke seiner Neigung zu sprechen und zu kauen nicht Folge leisten; er muss vielmehr noch einige Tage lang die Theile sehr schonen und noch möglichst ruhen lassen, wenn nicht eine chronische Amygdalitis sich ausbilden soll. Auch die Diät soll noch einige Tage sparsam, reizlos sein und vorzugsweise in Brühen oder doch ganz weichen und milden festen Speisen bestehen. Oertlich wird in den nächsten Tagen nichts weiter angewandt, als höchstens reinigende, milde Injectionen, oder wenn der Kranke nicht zu empfindlich ist, derartige Gurgelwasser. Zuweilen ist bei fortdauernd sehr üblem Geruch aus dem Mund eine chlorhaltige Einsprizung nöthig. Kehren die Theile in dieser Zeit nicht in den Normalzustand zurük, so werden jezt die milden Mittel mit anfangs leichter, später stärker adstringirenden Stoffen vertauscht.

B. Behandlung der chronischen Mandelentzündung.

Man hat vor und neben Allem alle nachtheiligen Einflüsse (Anstrengungen, Erkältungen, Erhizungen) zu vermeiden;

intercurrente Exacerbationen mit besonderer Vorsicht zu behandeln.

Ausserdem kann man in Anwendung bringen:

den anhaltenden Gebrauch warmen Wassers und anderer Emolientia;

innerlich und örtlich resorbirende Mittel;

Adstringentia und leicht cauterisirende Substanzen;

den trokenen Höllenstein;

als äusserstes Mittel die operative Abtragung der Geschwulst.

In noch nicht zu alten Fällen kann der Gebrauch der emollirenden Gurgelwasser, wenn die Mandeln stark geröthet sind, der adstringirenden Einsprizungen, Bepinselungen, wenn sie schwachroth oder blass sind, versucht werden. Zugleich ist eine möglichste Schonung und Ruhe der Theile, Schuz des Halses und der Mundhöhle vor Kälte und eine den Umständen nach strenge Diät anzuordnen. Warmes Wasser in grösserer Menge und methodisch mehrere Wochen lang getrunken ist sehr nüzlich. Blutegel, Queksilbersalbe, ableitende Einreibungen werden häufig, aber meist ohne Nuzen angewandt. Ebenso zweifelhaft ist die Wirksamkeit der Pimpinellentinctur, des Capsicums und anderer in grosser Menge empfohlener Mittel. Vortheilhafter ist der anhaltende örtliche Gebrauch des Chlorwassers, Alauns, Eisenvitriols, der Ratanhiatinctur, der Tanninlösung sowie der Höllensteinsolution in verschiedener Verdünnung. In hartnäkigen Fällen will man von der örtlichen Application der Jodtinctur, mehrmals täglich wiederholt, Erfolg gesehen haben (Graves). In Fällen, welche aller Behandlung widerstehen und bei welchen die Beschwerden zugleich lästig sind, kann die successive Cauterisation der geschwollenen Mandel oder als äusserstes Mittel, aber auch nur als äusserstes, die operative theilweise Abtragung der Geschwulst vorgenommen werden. Nicht selten kommt es vor, dass chronische Entzündungen, die man mit allen zu Gebot stehenden Mitteln, mit pharmaceutischem Apparate wie mit Entsagungen aller Art vergeblich bekämpfte, später von selbst verschwinden, oder dass die Mandeln, wenn sie auch vergrössert zurükbleiben, nach Jahren doch keine lästigen Empfindungen mehr erregen, die Functionen des Theils, das Sprechen in keiner Weise mehr beeinträchtigen, ja dass sogar die verloren gegangene Reinheit, Kraft und der frühere Umfang einer Singstimme troz der vergrössert bleibenden Tonsille zurükkehrt. Darum muss man bei der Behandlung dieser Krankheitsform nichts er-

zwingen wollen und die energischen Mittel eher vermeiden, als zu lange fortsezen. Namentlich sei man mit der Exstirpation des Organs sparsam und nicht zu eilig und trage niemals zu viel davon ab. Diese Operation hat oft geradezu die der beabsichtigten entgegengesezte Wirkung. Sie hinterlässt oft die Theile in einem Grad von Reizbarkeit und Empfindlichkeit, welche ohne Vergleich grösser ist, als jene durch die chronische Amygdalitis selbst hervorgebrachte. Die Kraft der Stimme geht zuweilen durch die Operation für immer verloren und nicht selten stellt sich nach ihr überdiess noch eine Empfindlichkeit der Eustachischen Röhre und selbst der Respirationsorgane, eine Neigung zu Catarrhen dieser Theile ein, die der Kranke zuvor nicht gekannt hatte, die ihm höchst lästig ist und ihn zu bitteren Beschwerden über das nuzlose mit ihm vorgenommene Curverfahren veranlasst. Dagegen darf die Exstirpation dann vorgenommen werden, wenn die stark geschwollenen und vollkommen indolent gewordenen Tonsillen starke Beschwerden (Athemnoth, Schwerhörigkeit, Gehirnzufälle) veranlassen und wenn die Methode der successiven Cauterisation entweder ohne Erfolg angewandt wurde, oder den Umständen (der Grösse der Geschwulst wegen z. B.) keine Aussicht auf solchen gibt.

Die intercurrenten Exacerbationen sind mit grosser Sorgfalt und nach den Grundsäzen der Therapie für die acute Amygdalitis, jedoch mit geeigneter Modificirung nach der Intensität und den Umständen des Falls zu behandeln. Obwohl sie meist den chronischen Zustand in einiger Verschlimmerung hinterlassen, so kommt es doch auch nicht ganz selten vor, dass nach einer glüklichen Behandlung der Exacerbation die Mandeln in einem wesentlich gebesserten Zustande zurükbleiben.

g. Die Entzündungen des Bakenparenchyms.

I. Die Entzündungen der Baken gehen gewöhnlich von der Schleimhaut, dem Zahnfleisch oder dem Periost des Alveolarfortsazes, sowie von Zahnwurzeln aus, indem die Hyperämie auf das Wangenparenchym übergreift und hier eine Affection sich entwikelt, welche entweder bis zur Beendigung der primären Störung anhält oder diese selbst überdauert.

Zuweilen gesellen sich Bakeninfiltrate zu Affectionen der Wangencutis, ferner häufig zu Parotidengeschwülsten.

Auch bei Quintusneuralgieen werden sie beobachtet.

Die Bakenentzündungen kommen ferner nicht selten isolirt, besonders durch Erkältungen veranlasst, auch wohl spontan vor, befallen besonders scrophulöse Individuen und solche, die früher schon Infiltration der Stelle durchgemacht haben, oft auf geringfügige Ursache und treten zuweilen im Verlauf und gegen das Ende schwerer acuter Krankheiten (Typhus) und chronischen Siechthums verschiedener Art auf.

II. Die Bake einer Seite schwillt mit oder ohne Schmerz, meist mit dem Gefühl der Spannung mehr oder weniger stark. Bestand zuvor eine schmerzhafte Affection des Antlizes, so mindert sich der Schmerz gewöhnlich mit der Schwellung der Bake, und die von lezterer bedingte Empfindung erscheint als die ungleich geringere. Die Wangencutis ist dabei bald bleich, bald mässig geröthet; die innere Bakenwand prominirt gegen die Mundhöhle und ist meist geröthet. Sprechen, Kauen, Oeffnen des Mundes wird erschwert oder verhindert. Häufig tritt eine mässige Salivation ein; zuweilen zeigen sich geringe Kopfcongestionen, Mund- und Darmcatarrhe, selten erhebliche Fieberbewegungen.

Nach einigen Tagen findet eine Abnahme der Spannung und häufig unter Desquamation der Cutis die Abschwellung statt; oder es bricht unter zuvor klopfenden Schmerzen und vermehrter Spannung ein kleiner Eiterherd meist in die Mundhöhle, seltener nach aussen auf, wonach die Schmerzen aufhören und die Geschwulst rasch sich verliert.

Ziemlich häufig bleiben nach dem einen oder andern Ausgang Reste der Anschwellung und selbst beschränkte Indurationen zurük, die sich erst langsam zertheilen.

III. Die Behandlung besteht:

in gleichmässiger Wärme, Cataplasmen, aromatischen trokenen Applicationen;

bei Zögerung des Aufbrechens eines Eiterherdes in operativer Eröffnung;

bei zurükbleibenden Anschwellungen und Härten in Anwendung der Jodsalbe, trokener Wärme und reizender camphorhaltiger Bähungen und Einreibungen.

h. Entzündungen der Speicheldrüsen und ihres Lagers.

α. Acute Entzündungen der Speicheldrüsen und des umgebenden Zellgewebes (Parotitis).

Die acute Parotisgeschwulst ist seit den ältesten Zeiten bekannt und wurde schon von Galen richtig als eine entzündliche Krankheit angesehen, für die jedoch die antiphlogistische Therapie nicht passend sei. In späteren Zeiten wurde die Parotitis ausführlich in allen Handbüchern dargestellt, zum Theil ausführlicher, als es die Wichtigkeit des Gegenstandes verdiente. Fast scheint es jedoch, als ob die Parotitis, besonders ihre gefährlichen Formen, früher häufiger sich gezeigt und daher auch grösseres Interesse gefunden haben, als gegenwärtig. Ausser den verschiedenen Handbüchern von Borsieri, Cullen, S. Vogel, Reil, Richter, P. Frank, Hildenbrand etc. vgl. Hamilton (mitgetheilt in der Sammlung auserlesener Abhandlungen XIV. 34), Siebold (Historia system. salival. 1797), Murat (Dictionn. des Sc. méd. XXXVIII. 129 und XXXIX. 369 und in einer besonderen Monographie de la glande parotide 1803), Roche und Begin (Dict. en XVI Vol. XII. 281 und 474), Rochoux (Dict. en XXX Vol. XXIII. 169), Valleix (Guide du méd. IV. 234), Rilliet (Mém. sur une épid. d'oreillons in Gaz. méd. C. V. 22), Trousseau (Arch. gén. E. III. 69).

I. Aetiologie.

Die Entzündungen der Speicheldrüsen und ihres Zellgewebslagers kommen unter sehr verschiedenen Umständen vor und sind danach in ihrer Bedeutung wesentlich verschieden.

Eine leichte, meist ohne alle Gefahr verlaufende Parotitis (Parotitis benigna) findet sich als sporadische, zuweilen auch cumulirte oder epidemische Affection vorzugsweise bei Kindern, namentlich aber zwischen dem 5ten und 20sten Jahre sehr häufig, viel seltener bei älteren Subjecten. Sie ist ungleich häufiger bei Knaben und Jünglingen, als bei Mädchen, befällt selten zweimal dasselbe Individuum und kommt vorzugsweise in feuchten, nasskalten, neblichen Gegenden und in derartigen Jahreszeiten (April, Spätherbst) vor. Erkältungen werden als Ursache beschuldigt.

Weit seltener und meist nur sporadisch findet sich gleichfalls bei jungen Leuten, aber ohne irgend bekannte Ursache die höchst gefährliche spontane septische Entzündung des Zellgewebslagers der Submaxillardrüsen, der Parotis und Unterzungendrüse.

Ausserdem kommen Parotiden von mehr oder weniger Gefährlichkeit in manchen fieberhaften, besonders epidemischen Krankheiten (symptomatische Parotiden) vor, namentlich im Typhus, in der Pest, dem Scharlach, den Poken, seltener in den Pneumonieen, dem Gelbfieber, dem

Gesichtserysipel, den Masern, der Cholera, der Hodenentzündung, und zwar zeigt sich die Parotisaffection in manchen Epidemieen in ungewöhnlicher Häufigkeit (z. B. in den Typhusepidemieen zu Anfang unseres Jahrhunderts), während sie in andern Epidemieen scheinbar derselben Krankheit sparsam vorkommt oder gar nicht beobachtet wird.

Endlich werden Parotisentzündungen zuweilen durch Unterdrükung einer Salivation hervorgebracht oder leiten sie einen heftigen Speichelfluss ein und begleiten ihn (besonders Mercurialsalivationen).

Die Parotitis benigna (Mumps, Wochentölpel, Bauerwetzel, Ziegenpeter etc.) ist eine gewöhnlich sehr leichte und darum wenig beachtete Affection, welche vornehmlich dem Kindesalter und der Pubertätsentwiklung zukommt. Rilliet fand in einer Epidemie unter 73 Fällen keinen unter 2 Jahren. 7 zwischen 3—5, 18 zwischen 5—10, 19 zwischen 10—15, 8 zwischen 15—20, 9 zwischen 20—30, 8 zwischen 30—40, 4 zwischen 40—70 Jahren. Während man gewöhnlich die Entstehung sporadischer Fälle der Erkältung, die der epidemischen Fälle unbekannten atmosphärischen Einflüssen zuzuschreiben pflegt, glaubt Rilliet sich aufs Bestimmteste von der contagiösen Verbreitung der Krankheit überzeugt zu haben, und sowohl er als alle andern Genfer Aerzte fanden, dass die Krankheit keine Recidive mache, dass das einmalige Durchmachen derselben eine Immunität für die Zukunft gebe.

Die septische Entzündung des Lagers der Speicheldrüsen, am häufigsten der Submaxillardrüse, wurde in ihrem eigenthümlichen Vorkommen bei jungen, zuvor gesunden Individuen zuerst aufgefasst und beschrieben von Ludwig (Württ. Correspondenzblatt VI. 4). Viele andere Fälle folgten und es ist kaum zu bezweifeln, dass auch andere Formen (gangränöse Pharyngiten, Necrose des Kiefers u. dergl.) mit hereingezogen worden sind, vgl. W. Corresp. VI. 5, 9, 10, 11, 17, 18; VII. 10; IX. 33, 34; Rösch (Casper's Wochenschr. 1844 p. 653); Metzler v. Andelberg (Zeitschrift der Wiener Aerzte III. 13. 319); Binswanger (Arch. für phys. Heilk. VII. 578). Die nähere Aetiologie dieser bei jugendlichen Individuen beider Geschlechter vorkommenden, aber nur zu gewissen Zeiten häufiger beobachteten gefährlichen Krankheit ist nicht festzustellen.

Das Eintreten der symptomatischen Parotisgeschwulst im Verlauf des Typhus, der Scarlatina, der Cholera und anderer mehr oder weniger schwerer Krankheiten ist nur selten durch besondere nachweisbare Veranlassung (Erkältungen etc.) bedingt. Vielmehr scheint die Häufigkeit oder Seltenheit dieser accessorischen Störung vor Allem von dem Character der Epidemie abzuhängen, vielleicht auch von individuellen Dispositionen. Siehe die Darstellung der betreffenden Krankheitsformen.

Die bei heftigen Salivationen oder nach Unterdrükung des Speichelflusses beobachteten Parotiden sind als Exsudationen anzusehen, bedingt durch die gesteigerte Blutüberfüllung des Gewebes und finden ihre Analogie in dem ähnlichen Verhalten anderer drüsiger Secretionsorgane.

II. Pathologie.

In den leichtesten Fällen besteht die Krankheit wahrscheinlich in einer Hyperämie der Drüse und vorzüglich des umgebenden Zellgewebes mit serös-blutiger oder serös-plastischer Infiltration in das leztere.

In höheren Graden ist das Zellgewebe um die Drüse vereitert und es finden sich auch einzelne meist kleine Abscesse im Parenchym der Drüse.

Bei der septischen Form ist die ganze Umgegend der Drüse, besonders der Submaxillardrüse, afficirt: unter dem Platysmamyoides ist alles Zellgewebe des Halses in eine grauschwarze oder grünlichbraune, mit Jauche durchdrungene Masse verwandelt, die Muskeln, die dazwischen verlaufen, sind compacter, dunkler gefärbt, lederartig; die Speicheldrüsen selbst, um welche herum diese Zerstörungen sich finden, sind wenig verändert; das subcutane Zellgewebe ist oft ödematös und selbst die Haut zuweilen gangränös.

Henle (Rat. Pathol. II. A. 592) hat die Idee gehabt, dass bei der schmerzlosen Geschwulst des Speicheldrüsenlagers das Exsudat die Folge der Unthätigkeit der Saugadern sei. Die häufig zu beobachtenden Uebergänge der bleichen und schmerzlosen Form, bei der freilich der anatomische Zustand nicht direct nachzuweisen ist, zu der mit Hauthyperämie, Schmerz und Eiterung, also wie jede andere von Blutüberfüllung herbeigeführte Exsudation verlaufende Form macht jene Hypothese nicht sehr wahrscheinlich.

A. Die gutartige spontane Parotitis beginnt mit Steifheit des Kopfes, Schwierigkeit beim Kauen und mit Symptomen eines fieberhaften Intestinalcatarrhs, verbunden mit heftigem Kopfweh.

Kurze Zeit nach diesen Vorboten oder auch primär schwillt die eine Hälfte des Gesichts vom Arcus zygomaticus bis zum Halse, sowie die Gegend hinter dem Ohre mit blasser Farbe an. Die Geschwulst, die auch von der Mundhöhle aus gefühlt werden kann, erscheint äusserst hart, ist nicht oder mässig schmerzhaft und gibt der Physiognomie einen höchst blöden Ausdruk. Sie erschwert in hohem Grade das Sprechen, Essen und Trinken. Häufig wird bald auch die andere Gesichtshälfte befallen. Das Fieber verliert sich mit der Vollendung der Geschwulst.

Die ganze Affection dauert in den gewöhnlichen günstigen Fällen eine Woche, indem schon ungefähr am 5ten Tage die Geschwulst sich sezt, die catarrhalischen Erscheinungen vom Darme sich verlieren und die Gesundheit ohne Weiteres sich wieder herstellt.

Nur selten bildet sich unter etwas heftigeren Erscheinungen, Frösteln und klopfendem Schmerze Eiter, dessen Aufbrechen die Affection um einige Zeit in die Länge zieht. Häufiger bleibt eine Verhärtung an einer Stelle, auch wohl eine Affection des Gehörorgans mit Schwerhörigkeit für mehrere Wochen, zuweilen selbst für immer zurük.

Manchmal entstehen bei schnellem Verschwinden der Parotidengeschwulst Hodenanschwellungen, Anschwellungen der grossen Schamlippen, Eierstoksentzündungen und selbst Meningiten.

Geringe Abweichungen kommen häufig vor. Zuweilen ist die Haut der Wange leicht, selten erysipelatös geröthet. Ueber die harte Geschwulst verbreitet sich nicht selten ein Oedem. In einzelnen Fällen werden beide Seiten des Antlizes gleichzeitig befallen; meist beginnt die Affection auf der linken, bleibt entweder einseitig oder befällt nach $^1/_2$, 1, 2—4 Tagen die andere Seite. Schwerere Fiebersymptome sind ungewöhnlich. Bei Kindern ist im Allgemeinen der Ablauf rapider, als bei Erwachsenen, bei welchen zuweilen ein längerdauerndes Kränkeln sich anschliesst.

Die häufigste Nachkrankheit ist die Orchitis, die aber häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern vorkommt, meist am 6—8ten Tag eintritt, oft neues Fieber, ja sogar vor ihrer Ausbildung zuweilen äusserst heftige und scheinbar die höchste Gefahr anzeigende Zufälle der Nervencentra und der Gesammtconstitution hervorruft, mässigen örtlichen Schmerz bedingt, die Epididymis frei lässt, dagegen oft mit Scrotalödem verbunden ist, meist einen raschen und günstigen Verlauf nimmt, doch zuweilen Verhärtung und Atrophie hinterlässt.

Die Eierstoksentzündungen sind etwas seltener, rufen meist nur mässigen Schmerz hervor, scheinen aber zuweilen nachträgliche Störungen zu bedingen. Auch die übrigen Secundärerkrankungen sind selten.

B. Die symptomatischen Parotidenentzündungen können zu jeder Zeit der fieberhaften Primäraffection auftreten, doch zeigen sie sich häufiger in vorgerükteren Stadien, zuweilen selbst noch in der Reconvalescenz. Oft gehen der Anschwellung der Parotis gesteigerte Kopfsymptome (Kopfschmerz, Klopfen der Carotiden, Delirien, stärkerer Sopor), Ohrenschmerzen, vermehrte Fiebersymptome, erneuertes Eintreten

von Frösteln voran. Sofort schwillt die Parotidengegend einer oder beider Seiten an. Meist nimmt zugleich die Somnolenz und das Fieber zu.

Die Geschwulst kann sich wieder zertheilen:

unter Besserung aller übrigen Erscheinungen;

oder unter Zunahme des Sopors, der Prostration und mit bald tödtlichem Ausgang.

Oder es bildet sich eine Vereiterung oder Verjauchung,

welche vor dem Aufbruch tödtlich werden kann,

oder durch den Aufbruch den Kranken wesentlich erleichtert,

oder nach dem Aufbruch zugleich in die Tiefe zerstörend um sich greift und den Tod rasch herbeiführt,

oder zu einer langdauernden Verschwärung führt, welche bald mit endlicher Erholung und Vernarbung, bald mit Consumtion des Kranken und tödtlich endet.

Schon aus der Art der Anschwellung lässt sich oft der weitere Fortgang voraussehen. Ist die Anschwellung mässig hart, die Geschwulst mässig gross, nur auf einer Seite vorhanden und nur langsam zunehmend, und steigern sich dabei die allgemeinen Erscheinungen nicht, so ist zu hoffen, dass nach wenigen Tagen die Anschwellung wieder abnehme und die Affection keine weitere Gefahr bringe. Ja man hat dieselbe sogar unter solchen Umständen für nützlich und heilsam, für kritisch erklärt. Erfolgt die Anschwellung aber sehr rasch, erreicht sie binnen Kurzem ein bedeutendes Volum, ist die Geschwulst auf beiden Seiten vorhanden, steinhart, oder noch mehr, fühlt sie sich teigig an, sieht sie livid aus und ist die Haut über ihr kalt, nehmen die allgemeinen Erscheinungen zu, tritt namentlich Sopor und Collapsus ein oder werden diese, wenn sie zuvor vorhanden, tiefer, so ist ein übler Ausgang zu erwarten. Im besten Falle vereitert das Zellgewebe und gibt zu langdauernden Suppurationen Anlass. Häufiger noch tritt örtliche Verjauchung ein oder gar der Tod, ehe noch die Geschwulst sich entwikeln konnte. Manchmal will man auch ein von schnellem Tode gefolgtes Wiederzusammensinken der symptomatischen Parotiden gesehen haben.

Vgl. Valentini (Discorso med. chir. intorno alle Parotidi 1736); Mariotti (delle parotidi nei mali acuti 1785); Autenrieth (de nat. parot. maligo. in morbis acutis. Dissert. von Elsässer 1809) und die Schriften über Typhus. — Ueber Parotiden in der Cholera: Duplay (Arch. gén. XXIX. 365).

C. Die spontane septische Entzündung zeigt anfangs die Erscheinungen einer gewöhnlichen Angina mit leichten Schlingbeschwerden und mässigem Fieber. Bald entwikelt sich, gewöhnlich nur auf einer Seite, am Halse eine härtliche Geschwulst, die meist von dem Zellgewebslager der Submaxillardrüse ausgeht und nach wenig Tagen Bestand rasch und gleichförmig nach oben und unten sich ausbreitet. Der Mund ist schwer zu öffnen, die Zunge, nach oben und etwas nach hinten gedrängt ruht auf einer unter ihr entstandenen harten Geschwulst von hochrother Färbung. Das Schlingen ist äusserst erschwert, das Sprechen mühsam und unverständlich. Die Haut auf der Geschwulst am Halse hat die natürliche Farbe und ist über der Geschwulst, die steinhart erscheint, beweglich. In den ersten 4—6 Tagen ist das Fieber noch sehr mässig, der Kräftezustand noch ganz gut. Nun aber fängt die Geschwulst unter der Zunge sowohl, als an einzelnen Stellen des Halses an weich und wie fluctuirend zu werden, es entstehen croupöse Ausschwizungen im Munde und damit nimmt das Fieber den Character eines nervösen und adynamischen an. Entweder stirbt jezt der Kranke, oder es bricht die Geschwulst im Munde, zuweilen auch nach aussen auf und es entleert sich daraus eine dünne,

übelriechende Jauche. Obgleich nun damit die Geschwulst etwas einsinkt und die Spannung sich vermindert, so erhalten sich doch die schweren fieberhaften Symptome in gleichem Maasse oder steigern sich. Der Kranke ist äusserst entkräftet, der Puls klein, fadenförmig, die Zunge dikweiss belegt, die Extremitäten sind kühl, leichte Delirien wechseln mit Sopor, Paroxysmen von grosser Brustbeklemmung und Angst treten ein, die Schlingbeschwerden bleiben sich gleich oder nehmen zu. Alle diese Symptome steigen so rasch, dass schon nach 4—5 Tagen, in der Mitte der zweiten Woche der ganzen Krankheit der Tod zu erfolgen pflegt. Nur ausnahmsweise erfolgt eine gutartige Eiterung und endliche Genesung.

III. Therapie.

In den spontanen, gutartigen Fällen ist Warmhalten des Theils, Anwendung eines Laxans, später leicht schweisstreibendes Verfahren, Diät und Vermeidung von Erkältungen die richtige Behandlung.

Geht die Geschwulst ausnahmsweise in Eiterung über, so werden Cataplasmen gelegt; bleibt eine Verhärtung zurük, so wendet man trokene Wärme, aromatische Kräuterkissen und resorbirende Einreibungen (Quecksilbersalbe, Jodsalbe, Ammoniakliniment, Camphor) an. Senkt sich plözlich die Geschwulst und droht dafür eine Hodenentzündung, Eierstokentzündung einzutreten, so hat man empfohlen, durch sinapismirte Cataplasmen, Blasenpflaster, Ammoniakeinreibungen die Parotisaffection aufs Neue zu erregen.

Bei der symptomatischen Parotitis ist einerseits nach der Beschaffenheit des örtlichen Zustands zu verfahren:

exspectativ bei mässiger Entwiklung;

unterdrükend bei rascher und gefahrdrohender Zunahme (Blutegel, Eis);

fördernd bei Zögerung der Schmelzung oder Rükbildung;

mittelst Wärme bei Abscedirung;

mit operativem Eingreifen bei in der Tiefe um sich greifenden Vereiterungen oder Verjauchungen;

local reizend bei localem Collaps oder bei jauchiger Beschaffenheit des Inhalts des geöffneten Abscesses und bei Neigung der Theile zur Mortification (aromatische Ueberschläge, Camphor, Terpentinöl, Ammoniak, Cauterisation).

Andererseits ist der übrige Zustand in Berüksichtigung und

wenn derselbe sich unter der Entwiklung der Parotide bessert oder nicht verschlimmert, örtlich vorwiegend exspectativ;

wenn der Sopor, die Delirien, die Prostration zunehmen, local und gegen den Gesammtzustand mit grösserer Energie zu verfahren.

Die Fälle von symptomatischer Parotitis sind niemals gering zu achten, so gutartig und gemässigt sie auch bei ihrem Auftreten sein mögen. Man ist jedoch über ihre Behandlung nicht durchaus einig geworden. Während die Einen verlangen, dass man die Parotisanschwellung durch örtliche Blutentziehungen und Eisüberschläge zu unterdrüken suchen solle, rühmen die Andern ein reizendes Verfahren und suchen durch warme, reizende Ueberschläge und innerliche Reizmittel die Geschwulst zu befördern. Es wird wohl zugegeben werden müssen, dass die Eigenthümlichkeiten der einzelnen Epidemieen auch verschiedene Verfahrungsarten nothwendig machen, und es mögen immerhin die in einer einzelnen Epidemie gewonnenen Erfahrungen die Therapie der weiteren Fälle derselben Epidemie bestimmen. Im Allgemeinen jedoch wird es klug sein, beim Auftreten der Parotisanschwellung erst exspectativ zu verfahren. Verläuft sie ganz ruhig, verschlimmert sich unter ihr das Allgemeinbefinden nicht, bessert es sich sogar, so

wird man auch weiter nichts anwenden, als dass man den Kranken und den Theil vor Erkältungen und anderen schlimmen Einflüssen bewahrt. Tritt dagegen die Parotidengeschwulst mit grosser Heftigkeit auf, wird die Haut gespannt, ist die Geschwulst steinhart, das Fieber lebhafter, der Puls voller, so darf eine örtliche Blutentziehung und selbst Eis angewandt werden: später werden Cataplasmen übergelegt; wenn die Kopfsymptome heftig sind, thut man gut, bald Einschnitte in die Geschwulst zu machen, sind sie gering, so kann man die spontane Eröffnung derselben wohl erwarten. — Fühlt sich die Parotidengeschwulst teigig, kalt an oder sinkt sie gar rasch wieder zusammen und nimmt dabei Sopor und allgemeiner Collapsus zu, so ist die Hoffnung auf erfolgreiche Behandlung gering. Senfcataplasmen, Blasenpflaster werden auf die Geschwulst gelegt, innerlich wird das Verfahren bei adynamischem Fieber und allgemeinem Collapsus (Ammoniakpräparate, Wein, Camphor, Moschus) angewandt.

Bei der septischen Entzündung des Zellgewebs um die Speicheldrüsen ist die Cur, wie bei allen rasch auf Mortification losgehenden Krankheitsprocessen, von geringer Aussicht. Anfangs trokene Wärme auf die Geschwulst, mit innerlicher Anwendung von Diaphoreticis; später reizende Einreibungen von Crotonöl, Canthariden, Höllensteinüberschläge, sinapismirte und aromatische Cataplasmen, Vesicatore mit nachträglicher Auftragung von Sublimatlösung, bei eingetretener Verjauchung Scarificationen mit Application caustischer und reizender Substanzen; daneben die dem Stande des Fiebers und der allgemeinen Kräfte entsprechenden innerlichen Mittel.

Rösch (Württ. Corresp. XX. 295) versichert einen besonders glüklichen Erfolg von seinem Verfahren gehabt zu haben, nach welchem er eine Drachme Ungu. acre Autenr. kronenthalergross auflegen und 4 Stunden liegen lässt. Nach Bildung eines weissgrauen Schorfes wird die Salbe abgewaschen und warme Zwiebelumschläge gemacht und damit solange fortgefahren, bis eine gute Eiterung eintritt. Nur wenn die Geschwulst hart bleibt, wird die Salbe nochmals aufgetragen.

β. Chronische Entzündungen der Speicheldrüsen.

Sie bleiben meist nach acuten Affectionen zurük, können jedoch auch primär sich ausbilden; in lezterm Falle sind sie oft von Ernährungsstörungen in dem Theil nicht oder schwierig während des Lebens zu unterscheiden. Sie stellen sich dar als eine mehr oder weniger grosse Anschwellung in der Drüsengegend mit verschieden beträchtlicher Härte, bald glatt, bald hökerig und ungleichförmig, die Kaubewegungen erschwerend, zuweilen das Gehör beeinträchtigend, zuweilen mit mehr oder weniger heftigen Schmerzen verbunden. Einzelne abscedirte Stellen, zu welchen Fistelgänge führen und die mit verhärtetem Gewebe umgeben sind, befinden sich häufig in der Drüse. — Die Behandlung besteht in der Anwendung der Mercurialien, des Jods, der Fontanellen und Moxen, in Reinhaltung der Fistelgänge, reizenden Einsprizungen in dieselben, im Nothfalle in deren Spaltung. Auch Compression kann versucht werden. Ausserdem sind die allgemeinen die Resorption befördernden Mittel in Bädern und innerlich in Gebrauch zu ziehen.

i. Die Entzündungen der Lymphdrüsen unter der Mandibula.

I. Anschwellungen der Mandibularlymphdrüsen entstehen:

in Folge der verschiedenen peripherischen Krankheitsprocesse in der Mund- und Rachenhöhle (vornehmlich pseudomembranöse Exsudationen und Ulcerationen);

unter dem Einfluss oder doch unter der Mitwirkung constitutioneller Anomalieen (Scropheln, Tuberculose, syphilitische Lues).

Bei den verschiedensten Affectionen der Rachenhöhle treten Anschwellungen der Lymphdrüsen unter der Mandibula ein. Griesinger (Archiv für phys. Heilk. IV. 515) hat auf ihr häufiges Vorkommen bei Verschwärungen daselbst aufmerksam gemacht. Es scheint, dass die Entzündungen dieser Drüsen, wenn nicht in allen Fällen, so doch meist von peripherischen Erkrankungen im Bereich der betreffenden Lymphgefässverzweigungen abhängen.

Dagegen treten sie nicht bei Individuen jeder Art mit gleicher Häufigkeit ein und haben nicht bei Allen die gleiche Geneigtheit, sich zu fixiren und weiter zu entwikeln. In wesentlich erhöhter Disposition ist zunächst das kindliche Alter und unter den Kindern sind die zuvor schon mit Zeichen scrophulöser Constitution Behafteten sicher, dass bei jeder noch so geringfügigen Affection der Rachenschleimhaut die Mandibulardrüsen sich infiltriren und dieser secundäre Process einen hartnäkigen Verlauf nehme. Es ist zwar nicht sicher zu beweisen, dass bei intensiv scrophulösen Subjecten auch ohne peripherische Störung die Lymphdrüsen jener Stelle anschwellen, da die Schleimhauterkrankung zuweilen übersehen werden kann. Mindestens sucht man sie aber nicht ganz selten vergeblich. — Wie die scrophulösen Constitutionen verhalten sich manche tuberculöse und syphilitische, obwohl bei diesen beiden Krankheiten die Geneigtheit zu den Drüsenanschwellungen nicht so allgemein ist; dafür aber nehmen die Affectionen der Drüsen, wenn sie entstehen, gewöhnlich noch einen ungünstigeren Verlauf als bei Scrophulösen.

Auch bei acuten Constitutionskrankheiten, am häufigsten bei Scharlach, kommt die Anschwellung der Mandibularlymphdrüsen als Complication vor.

II. Die Formen der entzündlichen Erkrankung der Mandibulardrüsen sind:

Die einfache Anschwellung mit oder ohne Schmerz, mit oder ohne Röthung der überliegenden Haut; anfangs mit Verschiebbarkeit der leztern, bei Zunahme der Affection mit Verwachsung derselben mit der Drüsengeschwulst. Diese Anschwellung kann ohne Weiteres und ziemlich rasch sich rükbilden oder in eine der andern Formen übergehen.

Die chronischwerdende, dabei weichbleibende Intumescenz ohne Verwachsung mit der Cutis; in diesem Falle bringt die anfängliche Blutüberfüllung der Drüse eine Hypertrophie der Leztern hervor. Eine Rükbildung ist möglich, erfolgt jedoch langsam.

Die chronische Induration der Drüse mit Erstarrung des Exsudats in dem umgebenden Zellstoff, unter welchem schliesslich die Drüse atrophiren kann, und mit Verwachsung der Cutis. Dieser Zustand kann in indolenter Weise lange sich erhalten, oder es tritt schliesslich noch eine Rükbildung ein, wobei die Stelle der secundären Atrophie der befallenen Theile wegen narbenartig seicht eingezogen wird. Oder es stellt sich eine nachträgliche theilweise Suppuration mit lang sich hinziehenden unvollkommenen Schmelzungen, stellenweisen Aufbrüchen von kleinen Eiterherden her. Oder endlich es kommt zur Tuberculisirung einzelner Theile des Exsudats, wobei gleichfalls ein stellenweises Aufbrechen der Jauche stattfinden kann.

Die acute Vereiterung des die Drüse umgebenden Zellstoffs mit mehr oder weniger heftigen Schmerzen und Schwellung der ganzen Umgegend, früherem oder späterem Aufbruch des Abscesses, der sich entweder bald oder bei unvollkommener Schmelzung der Exsudate langsam schliesst, jedenfalls eine Narbe zurüklässt, welche meistens missgestaltet, hökrig und entstellend ist.

Die Tuberculisation der Drüse, wobei die entstandene tuberculöse In-

filtration entweder in rohem Zustand verharrt oder in Verjauchung übergeht, nach aussen durchbricht und zu lentescirenden, stets nur stellenweise verheilenden, oft sehr fistulösen Verschwärungen Anlass gibt.

Die Erscheinungen und Schiksale der erkrankten Mandibulardrüsen unterscheiden sich in nichts von dem, was an andern subcutanen Lymphdrüsen beobachtet wird (s. Band II. 477 ff.) Die Folgen sind an der Stelle unter der Mandibula nur wegen der hinterbleibenden hässlichen Narben unangenehmer als anderwärts.

III. Die Therapie hat die Aufgabe:

zuerst und neben dem übrigen Verfahren die causalen Störungen der Mundhöhle und der Constitution zu beseitigen;

die Drüsengeschwulst so früh wie möglich durch Resorption zu beseitigen (Jodeinreibungen);

wenn der Aufbruch nicht vermieden werden kann, ihn durch feuchte Wärme zu fördern;

den gebildeten Abscess durch einen zwekmässigen und nicht zu entstellenden Einschnitt weder zu früh, noch zu spät zu öffnen;

die verhärteten Stellen, sofern sie den Resorbentien widerstehen, durch reizende Applicationen zur Schmelzung zu bringen oder selbst durch beschränkte Anwendung caustischer Mittel zu zerstören;

die Vernarbung so zu leiten, dass eine möglichst wenig entstellende Narbe erreicht wird.

k. Der Peri- und Retropharyngealabscess.

I. Die Entzündung des Zellgewebs, welches den Pharynx umgibt, ist, wenn sie nicht durch traumatische Ursachen veranlasst wird, stets eine secundäre und wird bedingt:

durch Ueberschreiten einer gewöhnlichen heftigen, am ehesten scarlatinösen Pharyngitis;

durch Vereiterung der Lymphdrüsen neben und hinter dem Pharynx;

durch Caries der Halswirbel;

als secundäre Abscesse bei Pyämie und verwandten Zuständen.

Sie kommt am häufigsten bei Kindern unter 10 Jahren, jedoch auch in jedem andern Alter vor. Scrophulöse, syphilitische, tuberculöse Constitution scheint ihr Entstehen zu begünstigen.

Die acuten Fälle kommen am ehesten bei intensiver Pharyngitis oder durch Pyämie zustande; die chronischen Vereiterungen sind fast ausschliesslich die Folge einer Caries oder Tuberculose der Halswirbel. — Allin erklärt das überwiegende Vorkommen der Krankheit bei Kindern unter 10 Jahren durch die vorzugsweise Beförderung derselben, welche in der scrophulösen Dyskrasie liege und die Häufigkeit ihres Ausgangs von vereiternden Lymphdrüsen. Er fand unter 41 Fällen 20 unter 10 Jahren.

II. Die befallene Stelle ist am häufigsten der Zellstoff zwischen Pharynx und Wirbel.

Der Verlauf kann acut und chronisch sein.

A. Bei der acuten Abscedirung treten Schlingbeschwerden, Steifigkeit des Halses, Schmerzen und Fieber, bei kleinen Kindern Convulsionen ein. Eine ödematöse Anschwellung des Halses gesellt sich zuweilen am Anfang hinzu. Sämmtliche Beschwerden nehmen rasch zu und zugleich

wird das Athmen erschwert, die Stimme verändert oder unterdrükt. Zeichen von Kopfcongestionen, von Angst und Erstikungsanfällen treten ein; die Zunge wird aus dem Munde vorgedrängt und kann nur mit Mühe zurükgezogen werden. Die Untersuchung des Schlundes lässt eine eiförmige Geschwulst von elastischer Resistenz an der hintern Pharynxwand erkennen.

Entweder tritt der Tod unter Gehirnsymptomen, Suffocation vor dem Aufbruch der Geschwulst ein,

oder es kann bei Oeffnung des Abscesses durch das Eindringen des Eiters in den Larynx der Tod erfolgen,

oder mit der glüklichen Entleerung hören rasch alle dringenden Zufälle auf.

B. Bei der chronischen Abscedirung entwikeln sich alle Erscheinungen langsamer. Am frühesten zeigt sich Steifheit des Nakens und Schmerz bei der Kopfbewegung. Erst mit der stärkeren Ansammlung von Eiter wird das Schlingen beschwerlich und Dyspnoe herbeigeführt. Doch können auch ausgebreitete Vereiterungen ohne auffallende Symptome eintreten und der Eiter sich selbst bis ins Mediastinum versenken. Fieber fehlt im Anfang, wenn es nicht durch vorausgehende Störungen bedingt ist. Bei ausgebreiteter Verjauchung kann hectisches oder adynamisches Fieber sich einstellen. Der Tod ist der fast unausbleibliche Ausgang der chronischen Abscedirung, selbst wenn der Abscess sich öffnet und erfolgt entweder durch Druk auf die Luftcanäle, oder durch Consumtion oder durch vorhandene Complicationen.

Der acute Retropharyngealabscess kann mit Croup und Glottisödem verwechselt werden, vornehmlich bei kleinen Kindern, bei welchen die Untersuchung erschwert ist; doch treten die Störungen der Stimme beim Abscess am Pharynx erst später ein und haben nicht das Characteristische der Croupstimme, sondern es ist die Stimme mehr näselnd. Die chronische Form kann mit derber Infiltration und Vortreibung der Halswirbel, sowie mit Strictur des Oesophagus verwechselt werden.

Unter 50 Fällen bei Allin waren 33 acut, 17 chronisch. Der Tod erfolgte unter 57 Fällen 30mal, vollständige Genesung 25mal, 2mal blieb eine Steifheit des Halses zurück.

III. Die Behandlung besteht vornehmlich in der rechtzeitigen Oeffnung des Abscesses mit Vorsorge, dass der Eiter nicht in den Larynx dringe. Alles Uebrige ist untergeordnet oder werthlos.

Vgl. über die Retropharyngealabscesse: Fleming (Dubl. Journ. XVII. 41), Bérard (Dict. en XXX. Vol. XXIV. 205), Mondière (Experience IX. 33, 49 und 65), Valleix (Guide IV. 312), Henoch (Casper's Wochenschr. 1850. p. 385), Allin (in Schmidt's Jahrb. LXXIV. 221), neben welchen sich eine ziemliche Anzahl einzelner Beobachtungen in der Literatur zerstreut findet.

DD. EXTRAVASATE UND HÄMORRHAGIEEN (STOMATORRHAGIE. APOPLECTISCHE STELLEN IM MUNDE).

Die Blutungen aus dem Munde wurden von wenigen Schriftstellern berüksichtigt: z. B. von P. Frank (de curandis §. 598—601); Copland (encycl. Wörterbuch, übers. von Kalisch IV. 482 mit Literaturangabe); Valleix (Guide du médecin IV. 11).

I. Die Ursachen des Austritts von Blut aus den Gefässen der Mundschleimhaut sind:

theils örtliche Einflüsse, welche die Gefässe verlezen;

theils örtliche Gewebsveränderungen, welche die Gefässe zerstören (Ulcerationen, Brand) oder das Bersten und Zerreissen derselben begünstigen (Auflokerung, Blutüberfüllung, Trokenheit der Schleimhaut, Spannung der Theile);

theils endlich allgemeine Zustände, welche eine hämorrhagische Diathese bedingen, vorzüglich wenn sie noch speciell daneben krankhafte Gewebsveränderungen in der Mundhöhle herbeiführen und dadurch gerade in diesen eine Hämorrhagie vermitteln.

Die Blutaustritte können an jeder gefässeführenden Stelle der Mund- und Rachenhöhle vorkommen, geschehen aber bei weitem am häufigsten am Zahnfleisch.

Nicht traumatische Blutungen aus dem Munde, mit Ausnahme derer aus dem Zahnfleisch, sind sehr selten und manche für Stomatorrhagieen gehaltene Blutung hatte wahrscheinlich ihren Siz in andern Theilen (der hintern Nasenhöhle z. B.). Als Ursache findet man verzeichnet: allgemeine cachectische Zustände, Scorbut. Vergiftungen (durch Aconit Copland, durch Mercur), Störungen der Menstruation, das Bersten von varicösen Venen; auch vicariirend für die Menstruation und in 4wöchentlicher Wiederkehr hat man Stomatorrhagieen ausser und während der Schwangerschaft beobachtet; ausserdem entstehen leichtere Blutungen bei den verschiedenen entzündlichen, ulcerösen und gangränösen Affectionen der Mund- und Rachenhöhle. — Ferner finden sich Schleimhautapoplexieen dieser Höhle gewöhnlich, sobald im Gesicht Petechialergüsse vorkommen, mag deren Ursache sein, welche sie will.

Die Blutung hat weitaus am häufigsten ihren Siz im Zahnfleisch. Die Beschaffenheit des lezteren ist von der Art, dass jede auch noch so leichte Hyperämie sofort zu Blutung Veranlassung geben kann. Nach Copland soll auch aus der Oberfläche des Pharynx häufiger als man glaube, Blut ergossen werden. Aus der Innenfläche der Wangen und Lippen finden die Blutungen meist nur bei sonstigen Veränderungen der Schleimhaut (Entzündungen, Verschwärungen) statt. Blutungen aus der Zunge und dem Gaumen ohne traumatische Ursache wurden nur in einzelnen Beispielen beobachtet.

II. Die Blutung ist entweder eine petechiale, bei welcher man kleine rothe oder livide Punkte oder grössere Fleken auf der Mundschleimhaut findet;

oder das Blut wird nach aussen ergossen und zwar bald nur in der Weise, dass schon auf gelinden Druk (z. B. aus dem Zahnfleische) Blut austritt; bald in der Weise, dass das Blut spontan auf die freie Fläche gelangt und meist mit Speichel vermischt ausgespukt oder wieder geschlukt wird, in nicht ganz seltenen Fällen dem Kranken unbewusst gegen den Larynx fliesst, Husten erregt und in der Art eines Sputums ausgeworfen wird. Zuweilen bemerkt der Kranke bei der Stomatorrhagie einen süsslichen Geschmak.

Fast immer ist der Blutverlust sehr gering und daher die Blutung an sich ohne Bedeutung. Nur ausnahmsweise wird durch häufige Wiederholung oder durch copiöse Blutung ein anämischer Zustand herbeigeführt.

Wenn die Blutung nicht in Folge vorausgegangener Gewebsstörungen (Exsudationen, Mortificationen oder traumatische Verlezungen) eingetreten ist, so findet man bei apoplectischem Ergusse petechiale Fleken und Sugillationen auf und unter der Schleimhaut, bei hämorrhagischem Ergusse häufig eine Schwellung, Röthung und Lokerung des Theils. Eine etwas stärkere Berührung oder Reibung desselben oder ein Druk lässt einiges Blut zum Vorschein kommen. Meist ist die Blutung nur sparsam und das Blut wird durch Ausspuken (mit Speichel vermischt) ausgeworfen. Dabei erscheint das Blut entweder nur oberflächlich neben dem Speichel

in Form von rothen Kleksen, Punkten u. dergl. beigemengt, oder es findet eine innige Mischung des Speichels mit Blut statt, wodurch eine schwachgeröthete Flüssigkeit hergestellt wird, in der beim ruhigen Stehen ein schmuzig blass ziegelrothes oder bräunliches, wie sandig aussehendes Sediment sich ausscheidet. — Oder es fliesst das Blut (zumal im Schlafe, in soporösen Zuständen) gegen die Luftwege, reizt zum Husten, und kann dann die Meinung veranlassen, als käme es aus den Respirationsorganen, oder endlich, es fliesst unbemerkt durch den Oesophagus ab und ruft die Erscheinungen hervor, wie wenn Blut im Magen ergossen wäre. In einzelnen Fällen hat man aber auch stärkeren Blutverlust und in Folge davon die allgemeinen Erscheinungen der Anämie beobachtet, und manchmal (z. B. in zwei von Jourdain II. 411 mitgetheilten Fällen) soll nach abundanten Stomatorrhagieen sogar der Tod eingetreten sein. Eine auf die Uvula beschränkte Apoplexie beschrieb Spengler (deutsche Klinik 1854 p. 7).

III. Die Behandlung ist zum Theil nach den Ursachen, welche die Blutung herbeiführten, verschieden. Diese müssen beseitigt, ermässigt werden, wenn man hoffen will, die Blutung dauernd zu heilen. Ausser diesen Indicationen tritt nur bei abundanter Hämorrhagie ein weiteres ernsthaftes Verfahren ein: erhöhte Lage des Kopfes; adstringirende Mundwasser mit Alaun, Ratanhiadecoct; Eispillen, die man im Munde zergehen lässt; bei Vollblütigkeit eine Venaesection am Fusse; Diät; Getränke mit Schwefelsäure; in dringenden Fällen tiefe Cauterisation der blutenden Stellen.

EE. ERNÄHRUNGSSTÖRUNGEN IN DER MUND- UND RACHENHÖHLE (HYPERTROPHIEEN, NEUBILDUNGEN; ATROPHIEEN).

Die Mund- und Rachenhöhle ist sehr zahlreichen Formen von Ernährungsstörungen unterworfen, die jedoch theils von geringer Bedeutung sind, theils durch die Nothwendigkeit operativer Hilfe mehr chirurgisches Interesse haben.

1. Ernährungsstörungen an den Lippen.

An den Lippen finden sich:

1. Hypertrophieen, excessive Entwiklung einer oder beider Lippen, zuweilen angeboren, zuweilen im Laufe des Lebens entstanden, vornehmlich bei scrophulöser Constitution oder nach wiederholten Lippenentzündungen. — Ihrerseits ist die Lippenhypertrophie nicht nur eine Entstellung, sondern disponirt zu Entzündungen und Verschwärungen. — Zuweilen kann durch Behandlung der (scrophulösen) Constitution, durch Einreibung von Jodkalium die Lippe etwas verkleinert werden.

2. Die Atrophie tritt an der Lippe partiell in Folge anderer Krankheitsprocesse und Neubildungen ein; total bei allgemeinem senilem oder pathologischem Marasmus.

3. Papillome von der Form der trokenen Warzen, wie der platten und spizen Condylome, welche lezteren meist vereinzelt sind, finden sich nicht selten an den Lippen, überwiegend häufig bei Individuen, welche mit constitutioneller Syphilis behaftet sind; und zwar finden sich die troknen Verrucae in der Nähe des Cutistheils, platte, sehr oft ulcerirende Condylome auf der Lippenhaut und innern Lippenfläche, Spizcondylome

vornehmlich an dem obern Lippenfrenulum und an den Lippenwinkeln.

S. hierüber Syphilis.

4. Colloidgeschwülste in der Form von erbsen- bis bohnengrossen Knoten kommen zuweilen an der Schleimhautfläche der Lippen vor.

Vgl. Frerichs (über Gallert- und Colloidgeschwülste 1847 p. 36); Förster (Handb. der spec. pathol. Anat. p. 7).

5. Telangiectasieen verbreiten sich nicht selten von der Antlizhaut über die Lippen.

6. Von krebsartigen Bildungen ist

die Epithelialkrebsform äusserst häufig an den Lippen, zumal der Unterlippe. Sie beginnt mit einer kleinen warzenartigen Verhärtung oder mit einer Excoriation, dehnt sich langsam aus und führt nach und nach zu umfänglichen Indurationen und Verjauchungen, recidivirt nach der Exstirpation zuweilen, hat aber nach derselben nur ausnahmsweise Krebse in andern Organen zur Folge und bringt in Ruhe gelassen sehr spät oder gar nicht die dem Krebs eigenthümliche Cachexie zustande;

medullare und andere Krebsformen an den Lippen sind selten, aber von ungleich grösserer Bösartigkeit, als die epitheliale.

Bei beiden Formen sind die frühzeitige Exstirpation oder ergiebige Zerstörung durch Caustica die einzigen Mittel, durch welche möglicherweise die weitere Ausbreitung der Zerstörungen verhütet und das Uebel vertilgt werden kann. Bei vorgeschrittenen und ausgebreiteten Degenerationen ist nur ein palliatives Verfahren (Reinlichkeit, Opiate etc.) zulässig.

Von den Beobachtungen des sogenannten Lippenkrebses aus gingen die Vorstellungen von dem Vorkommen einer Degeneration der Gewebe oder Neubildung, welche bei äusserer Aehnlichkeit mit dem Krebse von diesem wesentlich verschieden sei und als Cancroid, Epithelioma von ihm abgetrennt wurde. Die Differenz, zunächst auf die Abwesenheit der microscopischen Krebszelle in dem Epithelioma gestützt, wurde auch auf das practische Gebiet auszudehnen gesucht, indem die consecutiven Krebswucherungen in andern Organen, welche nach den Exstirpationen scirrhöser und medullarer Krebse den Erfolg zu vereiteln pflegen, in Abrede gestellt wurden und hienach die Ungefährlichkeit der Operation beim Epitheliom gefolgert wurde. In der That konnte dieser Ansicht das längst bekannte Factum zur Stüze dienen, dass unter allen bis dahin für Krebs erachteten Degenerationen die Lippenkrebse die günstigste Prognose für die Operation geben, und da bei diesen in der grossen Mehrzahl der Fälle die microscopische Analyse nur epitheliale Bildungen und keine Krebszellen fand, so schien die natürliche Erklärung jenes Factums gefunden. Dennoch blieben die practischen Beobachter dieser Anschauungsweise abgeneigt und neuerlichst hat besonders Schuh (Pseudoplasmen) der wesentlichen Uebereinstimmung des Epithelioms mit sonstigen Krebsen und der krebsigen Natur des Erstern aufs Entschiedenste das Wort geredet. Aber auch von Seite der microscopischen Forschung sind Zweifel über die Berechtigung einer essentiellen Scheidung lautgeworden und namentlich hat sich unlängst Schröder van der Kolk gegen solche ausgesprochen.

Der Epithelialkrebs kommt auffallend häufiger an der Unterlippe vor; so hat z. B. Lebert ihn nur dort, Hannover unter 31 Fällen 28mal an der Unterlippe gesehen und auch Schuh versichert, dass man nur selten ihn an der Oberlippe finde. Er kommt überdem häufiger an der linken Hälfte, als an der rechten vor. Er beginnt meist an dem rothen Theile der Lippe oder an dessen Grenze und hat gewöhnlich einen sehr langsamen Verlauf. Ja selbst der Anfang der Verjauchung tritt oft erst ein, nachdem lange zuvor oberflächliche Härten bemerkt werden können. Bei der Weiterentwiklung bilden sich nicht nur in der verjauchenden

Stelle einzelne bald derbere, bald weichere Wucherungen und um sie herum ein hökriger Wall von solchen, sondern einzelne verhärtete Knoten finden sich nicht selten im Umkreis und abgetrennt von der Hauptstelle durch gesund scheinendes Gewebe. Schröder van der Kolk hat die höchst bemerkenswerthe Entdekung gemacht, dass auch in ganz gesund scheinenden Stellen der benachbarten Haut an sehr dünnen Schnittchen eine Menge Körnchen, Kerne und schon entwikelte Epitheliumzellen gefunden werde, welche die Ausgangspunkte neuer Entwiklungen nach vermeintlicher vollkommener Entfernung alles Krankhaften werden können. Wie die Parenchymflüssigkeit die microscopisch kleinen Keime und Anfänge der Entartung in der Nachbarschaft ausbreiten kann, so vermag sie dieselben auch durch die Lymphgefässe in die Drüsen zu führen und in diesen ähnliche Neubildungen und Degenerationen zu veranlassen.

Vgl. über die Epithelialgeschwulst an der Lippe: Ecker (Archiv für physiol. Heilk. III. 380), Bruch (Diagn. der bösart. Geschwülste p. 138), Frerichs (Jen. Annalen I. 1), Bennett (on cancerous and cancroid growths p. 93), Schuh (Pseudoplasmen p. 242), Hannover (Epithelioma p. 55), Schröder van der Kolk (Henle u. Pfeufer's Zeitschrift B. V. 127. Abhandlung von grossem Interesse), sowie die chirurgischen Schriften über Lippenkrebs, mit welchem Ausdruk vor Ecker diese Affectionen stets bezeichnet wurden.

Das Vorkommen der übrigen Carcinomformen an der Lippe ist nur durch wenige Beispiele erwiesen. Lebert (Mal. canc. p. 602) gibt an, den sogenannten ächten Krebs primitiv 6mal an der Oberlippe, 3mal an der Unterlippe gefunden zu haben. In einem Fall von Bennett (On cancer. and cancroid growths p. 15) hatte ein ächter Hautkrebs die Lippe erreicht und war die Kranke ein halbes Jahr nach der Exstirpation noch gesund geblieben. Coates (Med. Gaz. XVIII. 75) fand neben Krebsablagerung am Herzen Lippenkrebs, und nach Köhler (Krebs und Scheinkrebskrankheiten p. 217) hatte Velpeau 9 Tage nach einer Exstirpation eines Krebses der Unterlippe einen Kranken an multiplen, miliären Lebercarcinomen zu Grunde gehen sehen. — Die Unterscheidung des ächten Carcinoms von der Epithelialgeschwulst ist in allen Perioden ohne microscopische Untersuchung weggenommener Stüke schwierig, wenn nicht geradezu unmöglich. Hannover (p. 66) gibt als Unterscheidungszeichen an, dass der ächte Krebsknoten von Anfang an tiefer und unter der Haut liege, während beim Epitheliom die Härte oberflächlich ist. Später soll der Krebs durch sein üppigeres Wachsthum, baldiges Aufbrechen und die Verwandlung in eine ulcerirende, aus grösseren Lappen zusammengesezte Fläche sich erkennen lassen, ferner durch die raschere Destruction, neben welcher im selben Maasse neue Bildungen auftreten, durch die ausgedehnteren Zerstörungen, die stärkeren Blutungen, die von der ganzen Oberfläche herrühren, während sie beim Epitheliom nur aus den Spalten kommen, endlich durch den allgemeinen Habitus und durch das gleichzeitige Vorkommen von Krebsen an anderen Stellen. Doch gibt H. zu, dass das aufgebrochene Epitheliom sich oft nicht mehr vom Krebse unterscheiden lasse, und die Differentialdiagnose wird noch misslicher, wenn, wie er annimmt, Krebs und Epitheliom an derselben Stelle vereinigt sein können.

2. Ernährungsstörungen und Neubildungen am Zahnfleisch.

1. Hypertrophische Wulstungen sind am Zahnfleisch stellenweise nicht selten, fallen aber meist mit andern Störungen zusammen, namentlich mit Lokerung des Gewebs, Blutüberfüllung und stellenweisem Schwunde. (Siehe Scorbut'sche Veränderungen.)

2. Papillome in Form von Spizcondylomen und von platten Condylomen kommen bei syphilitischen Individuen ziemlich häufig am Zahnfleisch vor, erreichen jedoch selten daselbst eine beträchtliche Grösse.

3. Geschwülste von fibröser oder sarcomatöser Beschaffenheit und reicher Vascularisation, daher von rother Farbe, ziemlich harter Consistenz, bald klein, bald von beträchtlicher Grösse und zuweilen mit dem Periost zusammenhängend, zeigen sich nicht selten am Zahnfleisch (Epulis). Sie belästigen mechanisch und lassen nur eine chirurgische Hilfe zu.

Vgl. Schuh (Pathol. u. Ther. der Pseudoplasmen p. 262), welcher die Epulis als eine eigenthümliche Geschwulstform ansieht.

4. **Schwund** ist eine der gewöhnlichsten Störungen des Zahnfleisches, mit der die meisten anderen enden, und hat die Entblössung, das Lokerwerden und Ausfallen der Zähne häufig zur Folge.

3. Ernährungsstörungen und Neubildungen an der Zunge.

1. **Grössenexcess** und Hypertrophie der Zunge kommt angeboren oder in dem frühsten Lebensalter erworben, bald isolirt, bald neben Drüsen- und Knochenhypertrophie (bei cretinenartiger Körperconstitution) vor. Nur selten entsteht wirkliche Hypertrophie der ganzen Zunge im späteren Alter, wenn nicht die chronischen Entzündungen des Organs dahin gerechnet werden (s. diese).

Dagegen ist die Hypertrophie einzelner und zuweilen zahlreicher Zungenwärzchen eine nicht selten erworbene und kommt in Folge häufiger Catarrhe, bei Essern, aber auch sonst vor. Am häufigsten sind die des Rükens der Zunge befallen und sie können eine solche Grösse erreichen, dass sie das Schlingen und Sprechen behindern. Häufig ist zugleich ein widerwärtiger subjectiv bitterer Geschmak zu bemerken, der sich zumal bei jedem Essen in lästiger Weise einstellt. — Bestreichen mit Jodtinctur oder andern Jodpräparaten, oberflächliche Cauterisationen beseitigen das Uebel, wenn es nicht zu lange gedauert hat.

2. **Papillomgeschwülste** (Spizcondylome und platte Condylome) kommen an der Zunge in gleicher Weise wie an den Lippen vor (secundärsyphilitische Formen).

3. Eine **Cystengeschwulst** findet sich nicht selten unter der Zunge, in der Mittellinie oder mehr seitlich (**Ranula**), kann unter langsamem Wachsen Faustgrösse erreichen und dabei die Bewegungen der Zunge, ja selbst das Kauen und Athmen beeinträchtigen und unter der Mandibula als Vorsprung gefühlt werden. Ihre Behandlung ist chirurgisch.

Ueber die Natur der Ranula (Froschgeschwulst) ist man nicht einig. Früher hat man sie allgemein für eine Ausdehnung und falsche Wassersucht des Whartonschen Gangs gehalten. Schuh (Pseudopl. p. 207) führt an, dass nicht nur die chemische Reaction mit der des Speichels nicht in Einklang stehe (was freilich nichts beweist, da bei den falschen Wassersuchten stets die specifischen Secrete verschwinden und eine seröse Flüssigkeit an ihre Stelle tritt), sondern auch die Speichelgänge für feine Sonden zugänglich bleiben. Ebensowenig theilt er die Ansicht Fleischmann's, welcher die Ranula als einen ausgedehnten Schleimbeutel ansieht. — Die in der Ranula enthaltene Flüssigkeit ist nach Schuh dik, fadenziehend, durchscheinend, etwas klebrig, blassgelb, sehr selten etwas bräunlich, von schwach alkalinischer Reaction, ohne irgend eine microscopische Beimischung. Der Sak ist einer feinen serösen Haut ähnlich, nie verdikt. Der Siz bald zwischen den Genioglossi, bald ausserhalb des einen oder andern dieser beiden Muskel, so dass die eine Seite des Balges dicht am Unterkiefer anliegen kann.

4. **Krebsformen.**

Der **Epithelialkrebs** ist an der Zunge viel seltner als an den Lippen, beginnt gewöhnlich am Zungenrande mit einer kleinen, oberflächlich excoriirten Verhärtung, die allmälig an Grösse zunimmt, rhagadenartige Spalten bekommt und sich über den grössten Theil der Zunge ausbreiten

kann. Diese ist zu einer unförmlichen Geschwulst entartet, mit jauchigen und blutenden Geschwüren bedekt, mehr oder weniger unbeweglich, und ragt zuweilen zwischen Zähnen und Lippen vor. Schmerzen stellen sich ein und stören den Schlaf, die Speichelabsonderung wird vermehrt, die Nahrungseinfuhr erschwert und das Kauen unmöglich. Die Respiration kann beeinträchtigt werden, und durch Herabfliessen von Speichel und Jauche in den Larynx werden heftige und krampfhafte Hustenanfälle erregt. Die Lymphdrüsen unter der Mandibula schwellen. Gemüthsverdüsterung und ein cachectischer Zustand bildet sich aus, und der Tod kann nach kürzerem oder mehrjährigem Verlauf die Folge sein.

Im Anfang der Erkrankung ist jede Reizung zu unterlassen, nur flüssige Nahrung zu nehmen und die Stelle mit milden Substanzen zu behandeln, auch vor Verlezungen durch die Zähne zu schüzen. Bei fortdauernder Affection können wiederholte Cauterisationen vorgenommen werden. Greift dessenungeachtet die Verhärtung und Verschwärung um sich, so ist die operative Entfernung nicht zu versäumen, so lange die Zerstörungen nicht zu ausgedehnt sind.

Vgl. Bruch (die Diagn. der bösart. Geschwülste p. 146), Gorup-Besanez (Archiv für physiol. Heilk. VIII, 750), Bennett (on cancerous and cancroid growths p. 129), Hannover (Epithelioma p. 81), Schuh (Path. u. Ther. der Pseudoplasmen p. 287).

Die übrigen Krebsformen sind an der Zunge noch seltener als die epitheliale, beginnen entweder unter der Schleimhaut oder greifen von andern benachbarten Stellen auf die Zunge über und können die Form des Scirrhs, am häufigsten die des Markschwamms, aber auch die des Gallertkrebses zeigen. Sie machen rasche Fortschritte im Zungenparenchym, bilden ausgedehnte Geschwürsflächen mit blutenden Vegetationen, ergreifen die Nachbartheile, bringen die schwerste Beeinträchtigung der Nahrungszufuhr und Respiration hervor und führen unter frühzeitigem Eintritt von Cachexie bald zum Tode. — Therapie vergeblich.

Vgl. Lebert (Mal. canc. p. 429), Hannover (Epithelioma p. 88), Schuh (welcher einen Fall von Gallertkrebs der Zunge mittheilt in Path. u. Ther. d. Pseudoplasmen p. 326).

4. Ernährungsstörungen an der Innenfläche und in dem Parenchym der Wangen.

Die an der Bake vorkommenden Ernährungsstörungen sind denen der Lippen analog; nur finden sie sich an jenen seltener und werden am häufigsten durch scharfe Zahneken und Ränder, sowie durch ungeschiktes Kauen hervorgerufen.

Schuh (Pathologie und Therapie der Pseudoplasmen p. 64) beschreibt unter dem Namen „weisse Auswüchse im Munde" eine Neubildung, welche in schmerzlosen, schmalen, aber langgestrekten Wülsten von weisser, ziemlich glatter oder feingekörnter Oberfläche, von einer 1 — 4''' betragenden Höhe, von mässiger Consistenz besteht, an der Uebergangsstelle in das Gesunde zuweilen hirsekorngrosse zerstreute Knötchen zeigt und vornehmlich auf der Schleimhaut der Bake, aber auch am weichen Gaumen und an den Lippen vorkommt. Diese Auswüchse schwanden in 2 Fällen nach Monaten von selbst, in einem Fall unter dem Gebrauch des Jods, in einem vierten Falle wurde wegen Unwirksamkeit des Jods die mühsame Exstirpation vorgenommen.

Epethilialkrebs scheint nur selten an der innern Wangenfläche vorzukommen.

Schuh sah ihn in der Gegend der lezten Bakenzähne als flachen Krebs und beobachtete in Folge desselben und seiner gangränösen Verjauchung einmal Lungenbrand (Op. c. p. 290).

5. Ernährungsstörungen und Neubildungen an dem Ueberzuge des Gaumengewölbes.

1. Schleimpolypen am Gaumengewölbe kommen selten vor.

2. Fibroide Geschwülste können von der Nasenhöhle aus in die Rachenhöhle gelangen, oder entstehen von dem harten Gaumengewölbe, seinem Periost oder vielleicht aus dem submucösen Bindegewebe der Gaumenschleimhaut.

Sie zeigen im Allgemeinen den Bau und die Formen der Fibroide überhaupt, sind namentlich bald breit aufsizend, bald gestielt, bald einfach, bald gelappt und verzweigt. Sie erregen bei einiger Grösse mehr oder weniger beträchtliche mechanische Beschwerden, werden durch den häufigen Druk, die vorbeipassirenden und anhängenden Speisen oft excoriirt, ulcerirt und selbst brandig. Bei beträchtlicher Grösse können sie nicht nur die Sprache und die Speisezufuhr fast unmöglich machen, sondern auch Suffocationszufälle und dadurch den Tod bewirken.

Die Behandlung besteht in der operativen Entfernung mittelst Unterbinden der Geschwulst.

Schuh (Pathologie und Therapie d. Pseudoplasmen p. 106) gibt an, dass die Fasern dieser Geschwülste weit zarter sind, als bei Fibroiden anderer Theile, die Masse weisslich mit Blutaustritten, die Härte nicht so bedeutend und die Zähigkeit grösser als bei andern Fibroiden.

3. Papillome am Gaumengewölbe kommen nicht häufig vor und haben nichts Besonderes.

4. Gummatöse Geschwülste finden sich zuweilen bei constitutioneller Syphilis (s. syphilitische Affection des Rachens).

5. Krebs ergreift den Gaumen nur von Nachbartheilen (Knochen, Zunge) aus.

6. Ernährungsstörungen und Neubildungen an der Uvula und den Gaumensegeln.

An der Uvula kommen Hypertrophieen zuweilen mit höchst beträchtlichem Grössenexcess, kleine Spizcondylome, selten andere Neubildungen vor. In allen solchen Fällen kann der mehr oder weniger vergrösserte und monströse Zapfen die Sprech- und Kaubewegungen hindern, das Fortrüken des Bissens erschweren, den Durchgang der Luft in verschiedenem Grade versperren und durch zeitweisen mechanischen Reiz des Larynx heftige Hustenanfälle erregen, dadurch fortdauernde selbst schwere Erkrankung des Kehlkopfs und des übrigen Respirationscanals zuwegebringen. — Die Exstirpation oder Abkürzung der Uvula beseitigt diese Nachtheile, falls sie nicht zu lange gedauert haben.

An den Gaumensegeln kommen kleine Excrescenzen (Condylome) ziemlich selten, grössere Neubildungen noch seltener vor.

Vgl. über die Nachtheile der Uvulaverlängerung Yearsley (on the enlarged tonsil and elongated uvula 1851).

7. Ernährungsstörungen in den Tonsillen.

1. Die Tonsillarhypertrophie entsteht durch wiederholte Hyperämieen und Entzündungen, vornehmlich durch solche von geringer Intensität. Vielleicht ist sie auch zuweilen in mässigem Grade angeboren und kann im Laufe der Jahre ohne oder mit intercurrenten Hyperämieen zu weiterer Entwiklung gedeihen.

Die Tonsillen sind zu mehr oder weniger voluminösen, oft hökrigen, indolenten Geschwülsten vergrössert, welche sich als hypertrophische Entwiklung sämmtlicher Drüsentheile zu erkennen geben und im wachen Zustand weniger, im Schlafe dagegen und bei der Rükenlage zuweilen sehr beträchtlich das Athmen erschweren, einen chronischen Catarrh der Nachbarschaft unterhalten, die Stimme, seltener das Schlingen beeinträchtigen.

Wenn durch die Anwendung von Adstringentien und von salinischen Curen die Mandelhypertrophie nicht beseitigt werden kann und die vergrösserten Organe einen ungünstigen Einfluss auf die Respirationsorgane oder die Gesammtconstitution zeigen, so ist die operative Entfernung der ganzen Tonsillen oder auch eines Theils derselben indicirt.

Balassa (Zeitschr. der Wiener Aerzte Jahrg. VI. 544) hat einen Fall von Marasmus bei einem 3jährigen Knaben, bedingt durch Tonsillarhypertrophie und geheilt durch die Exstirpation der Drüsen mitgetheilt: der Kranke zeigte ein fahles, altes Gesicht, grossen Schädel, Glozaugen, verkümmerten Brustkasten, im wachen Zustand mässige Athemnoth, aufgeblähten Unterleib, Appetitlosigkeit mit Gefrässigkeit wechselnd, träge Stuhlausleerungen, dünne und schlaffe Extremitätenmuskel. Während des Schlafs, welcher theils höchst unruhig, theils mehr soporartig war, stieg die Athemnoth zu den peinlichsten Graden, wurde das Gesicht verzerrt und cyanotisch und der Körper triefend von Schweiss. Auch ging Urin und Koth während desselben unwillkürlich ab. Nach der Operation athmete der Knabe sogleich freier, schlief des Nachts ruhig und ohne die mindeste Hemmung des Athems; binnen 2 Monaten erholte sich der Knabe dergestalt, dass er zu einem üppig vegetirenden, fröhlichen Kinde umgewandelt wurde, dessen Brustkasten in staunenswerthem Grade sich verändert hatte und das überhaupt nicht mehr zu erkennen war. — Auch Chassaignac (Gaz. des hôpitaux 1854 Nro. 56) bemerkt, dass zuweilen die Tonsillarhypertrophie im kindlichen Alter sehr schwere Folgen für den Gesammtorganismus habe und namentlich durch eine Reihe von Functionsbenachtheiligungen wirke: Kurzathmigkeit, gehinderte Entwiklung und Difformität des Thorax, mangelhafte Blutbereitung und Abmagerung, leichtes Ausserathemkommen bei Spielen und dadurch mangelhafte Entwiklung der Muskeln, grosse Geneigtheit zum Schwizen bei der geringsten Anstrengung und dadurch häufige Erkältung, übelriechender Athem, klebriger Mund und schlechte Verdauung in Folge des Verschlukens der purulenten Secrete, chronische Ophthalmie, mehr oder weniger complete Taubheit, Alteration des Geschmaks und Geruchsinns, unruhiger, von Schnarchen unterbrochener Schlaf, Stumpfheit der Intelligenz bis zum Blödsinn, Verzögerung der Pubertät, verzögerte Entwiklung der Brüste und der Menstruation.

2. Papillome, Epithelialkrebs und Carcinome finden sich nur sehr ausnahmsweise auf den Tonsillen und haben daselbst nichts Eigenthümliches.

8. Ernährungsstörungen und Neubildungen im Pharynx.

1. Hypertrophie der Pharynxschleimhaut und der unterliegenden Gewebe ist die gewöhnliche Folge chronischer Pharyngitis.

2. Fibroidpolypen sind ziemlich selten im Pharynx, ausser an der Uebergangsstelle in den Oesophagus (s. diesen).

3. Epithelialer und anderer Krebs kann den Pharynx secundär von andern Organen aus ergreifen.

9. Ernährungsstörungen und Neubildungen an den Speicheldrüsen.

1. Hypertrophie des Drüsengewebes ohne Texturveränderung ist selten und kann theils die ganze Drüse betreffen, theils einzelne Vorragungen (adenoide Geschwulst) bilden, welche mit Scirrh zu verwechseln sind.

2. Von Fibroiden, Enchondromen, Cysten, Cystosarcomen finden sich einzelne Beispiele (unter anderen auch Geschwülste dieser Art von enormer Grösse).

Vgl. die pathol. anatom. Werke von Gluge, Rokitansky, Craigie, Förster, ferner Schuh (Pseudoplasmen p. 248).

3. Der Krebs kommt vornehmlich an der Parotis, an den übrigen Speicheldrüsen sehr selten vor. Er tritt dort bald primär auf, bald in Folge von krebsigen Degenerationen in der Nachbarschaft. Er erscheint entweder als oberflächlicher Krebs, der auf der Haut mit einem Knötchen oder einer Ulceration beginnt, sich der Fläche nach, aber nur sehr wenig in die Tiefe ausbreitet. Oder er erscheint als ursprünglich in der Tiefe beginnender Krebs. Nicht immer ist es in diesen Fällen das Drüsengewebe selbst, in welchem der Krebs sich entwikelt, sondern das benachbarte Zellgewebe, Lymphdrüsen, die auf der Drüse oder in ihrer Nähe liegen. Der tiefe Krebs, bald scirrhöser, bald encephaloider Art, beginnt mit einer harten, zuweilen sehr schmerzenden, wenig beweglichen Geschwulst an der Stelle, wo die Parotis liegt, die langsam zunimmt und bei diesem Wachsthum sehr häufig den äussern Gehörgang zusammendrükt, mehr und mehr Theile von der Drüse gewinnt, mit dem Unterkiefer fest verwächst, diesen häufig in die Zerstörung hereinzieht, vorzüglich aber nach unten gegen den Hals zu sich ausbreitet und dort unter dem Winkel des Kiefers meist die grösste Volumsentwiklung erreicht. Meist sind später zugleich die Lymphdrüsen am Halse und Naken krebsig infiltrirt. Je nach ihrer Ausdehnung hemmt die Geschwulst die Bewegungen des Unterkiefers in verschiedenem Grade, bewirkt Schwerhörigkeit auf dem einen Ohre und kann einen Druk auf den Pharynx und die grossen Gefässe ausüben. Das Fortschreiten des Krebses geschieht aber meist äusserst langsam und es können Jahre vergehen, ehe er ernstliche Beschwerden veranlasst. Auch kommt er gewöhnlich spät oder gar nicht zum Aufbruch und veranlasst erst nach langer Dauer eine allgemeine carcinomatöse Infection. — Die einzige Hilfe gegen den Krebs der Parotis ist die operative Entfernung desselben, die bei dem langsamen Fortschreiten desselben noch spät eine ziemlich günstige Prognose gibt; je früher sie aber vorgenommen wird, um so eher kann die Unversehrtheit der benachbarten Theile erwartet werden.

Vgl. über den Krebs der Parotis besonders Bérard (Maladies de la glande parotide 17—261). — Einen Fall von melanotischem Krebs in der Parotis und Submaxillardrüse hat Cruveilhier (Anat. patholog. Livr. XXXIX) beschrieben.

10. Ernährungsstörungen und Neubildungen an den Mandibularlymphdrüsen.

An den Lymphdrüsen unter der Mandibula kommt von Ernährungs*störungen* vor:

1. Die Hypertrophie neben hypertrophischer Entartung anderer Lymphdrüsen (Form der Scrophulose).

2. Der Krebs secundär bei krebsigen Affectionen des Antlizes, der Mund- und Rachenhöhle.

FF. CANALISATIONSSTÖRUNGEN IN DER MUND- UND RACHENHÖHLE.

Die Canalisationsstörungen in der Mundrachenhöhle sind, da sie fast ausschliesslich chirurgische Hilfe in Anspruch nehmen, hier nur übersichtlich zu betrachten.

Sofern sie nicht angeborne Anomalieen sind, so hängen sie mit bestehenden andern Veränderungen (Geschwülsten etc.) zusammen oder von abgelaufenen Processen (Entzündungen, Geschwüren, Brand) ab.

Die Canalisationsstörungen bestehen:

in Verwachsungen der Theile der Mund- und Rachenhöhle: Verwachsungen der Lippen, des Zahnfleisches mit Lippe und Bakenschleimhaut, der Zunge mit dem Mundhöhlenboden, Zahnfleisch, Bakenschleimhaut, der Uvula mit den Gaumensegeln;

in Verengerungen und Obstructionen theils durch Verwachsungen, theils durch Geschwülste und Volumszunahmen in den benachbarten Theilen bedingt: Verengerungen der Mundspalte, des Isthmus faucium, des Gaumensegels mit der Rachenwand; Verengerungen der Ausführungsgänge der Speicheldrüsen; der Eustachischen Trompeten;

selten in abnormen Erweiterungen vorhandener Oeffnungen und Canäle: der Mundspalte, der Speicheldrüsencanäle; Divertikel des Pharynx;

in abnormen Oeffnungen und Communicationen: zwischen Mundhöhle und Nase (Perforation des harten Gaumens), zwischen Mundhöhlenboden und der Unterkinngegendfläche, zwischen Speichelgängen und Antlizfläche (Speichelfisteln).

GG. PARASITEN UND CONCREMENTE IN DER MUND- UND RACHENHÖHLE.

1. Thierische Parasiten.

Von thierischen Parasiten finden sich in der Mund- und Rachenhöhle

1. zuweilen Spulwürmer, die sich dahin verirrt haben und die noch theilweise in der Speiseröhre stekend Vomituritionen, Husten, Dyspnoe und selbst suffocatorische Zufälle bewirken können.

2. Echinococcus kommt vielleicht in den Lippen vor.

Beobachtungen über Lippengeschwülste, welche für Acephalocysten gehalten wurden, theilte Heller (Oesterlen's Jahrb. für practische Heilkunde 1845. p. 210) mit.

3. Vibrionen finden sich in dem Zahnbelege, in verjauchenden Speiseresten: sie scheinen völlig belanglos zu sein.

2. Pflanzliche Parasiten.

a. Accidentelle pflanzliche Parasitwucherungen.

Pflanzliche parasitische Wucherungen in Form von Sporenzellen und Fäden (Pilzen), wahrscheinlich verschiedenen Arten, finden sich sehr häufig in der Mund- und Rachenhöhle, namentlich:

zwischen den Zähnen, wo sie oft sehr massenhaft werden und die Caries der Zähne zuweilen zu bedingen scheinen;

in dem Beleg der Zunge und der übrigen Mundhöhle, sobald er irgend dik und adhärent ist, und zwar in den verschiedensten Krankheitsformen und ohne irgend weiteren Einfluss;

in allen pseudomembranösen Exsudaten, auf den stagnirenden Secreten der Geschwüre und in der Jauche auf brandigen Stellen.

Hannover (Müller's Archiv 1842 p. 281) hat schon nachgewiesen, dass parasitische Bildungen von microscopischen Pilzen bei den verschiedensten Kranken in der Mundhöhle vorkommen und die Zungenbelege verunreinigen. Es ist diess meist ohne allen Belang, wenn es auch geschehen kann, dass zuweilen derartige Bildungen durch ihr massenhaftes Wuchern weitere Nachtheile bringen können. In neuester Zeit hat Robin (Hist. naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants 1853) die Naturgeschichte dieser und anderer pflanzlichen Parasiten näher verfolgt und ihre Arten zu bestimmen gesucht.

b. Soor.

Zuweilen überwuchern Pilzformen (Oidium albicans) mit ausserordentlicher Raschheit die Mund- und Rachenhöhle, und wenn auch zuvor schon geringere oder bedeutende locale Störungen vorhanden waren, so werden diese doch durch die enorme Vervielfältigung der Pilze modificirt und verdekt und stellen im weiteren Verlauf an sich ein eigenthümliches Leiden dar. Diese Krankheitsform, die man Soor, Aphthen, Mundfäule, Muguet genannt hat, ist ihren äusserlichen und mit unbewaffnetem Auge zu controlirenden Erscheinungen nach eine längst bekannte und zahlreiche Beschreibungen davon finden sich von ihr in den ärztlichen Schriften aller Zeit. Sie wurde als eine Form des Exsudativprocesses auf der Mucosa des Mundes angesehen und es wurde der Soor früher ganz allgemein mit den übrigen dike, weiche Exsudatschichten bildenden Störungen in der Mundhöhle zusammengeworfen. Erst in neuerer Zeit hat man angefangen, jedoch nicht ohne manche Verwirrung in den Fragen, die Affection von den übrigen Formen der Erkrankung zu trennen und es haben sich mit derselben besonders beschäftigt: Lélut (Arch. gén. XIII., 335), der zuerst die plane Form der weissen Schicht in der Mundhöhle kennen lehrte und sie streng von den folliculären Exsudationen, den Aphthen, geschieden wissen wollte; die meisten französischen Pathologen sind ihm darin gefolgt, während in Deutschland diese Distinction nicht berücksichtigt zu werden pflegt. Unter den darauf folgenden Arbeiten über den Soor sind besonders Billard (Mal. des enf. nouveaunés), Valleix (Clinique des enf. nouveaunés p. 202 und neuerdings in Guide du médecin IV. 55 u. 106), Guersent und Blache (Dict. en XXX. Vol. XX. 300), Trousseau und Delpech (Journal de méd. III. Janv. bis Mai) von Interesse.

Eine andere Ansicht über die Erkrankung beim Soor drängte sich auf, nachdem von J. Vogel in den Schichten des Soors die Cryptogamen gefunden wurden (Allgem. Zeitung für Chirurgie, 1841 No. 24), was weiterhin durch Oesterlen (Arch. f. phys. Heilk., I. 471), Gruby (Compt. rend. de l'acad. des sc. 1842), Berg (über Aphthen bei Kindern, deutsch von Burch, 1848), Kronenberg und Andere bestätigt wurde, so dass von da an Manche, wie z. B. Bouchut (Manuel prat. des mal. des nouveaunés, p. 172) die ganze Störung bei dem sogenannten Soor so als eine Ueberwucherung der ganzen Schleimhaut mit den Parasiten ansehen wollten, während Andere auch jezt noch die Soorpilze nur als eine accidentelle, den Umständen nach bald mehr, bald weniger wichtige Complication zu betrachten geneigt sind.

I. Aetiologie.

Der Soor ist eine Pilzüberwucherung, welche zu allen Affectionen der Mundhöhle hinzutreten kann, unendlich häufiger bei unreinlich gehaltenen Säuglingen eintritt und bei solchen, auch wenn sie gesund sind, zu haften und sich zu verbreiten vermag, aber auch bei agonisirenden und schwerkranken Individuen vorgerükten Alters zuweilen vorkommt.

Die überwiegende Disposition zu den verschiedenen Formen der Stomatitis in dem ersten Lebensmonat disponirt auch zum Soor. Auch im zweiten Monat kommt er noch ziemlich häufig vor, im dritten wird er schon selten. Die Säuglinge scheinen übrigens nicht alle in gleichem Grade disponirt, doch lässt sich nicht bemerken, dass in ihrer allgemeinen Schwächlichkeit oder Kräftigkeit das den Unterschied bedingende Moment liege. Der Soor ist übrigens bei Säuglingen so gemein, dass es wenige gibt, die nicht zeitweise wenigstens Spuren davon zeigten. Die veranlassenden Ursachen der Einführung, des Haftens und Weiterwucherns der Pilze dabei sind vornehmlich Unreinlichkeit, der Gebrauch des sogenannten Schlozers oder Zulps, Zurükbleiben von Milch oder andern Speiseresten, welche sich in der Mundhöhle zersezen u. dergl. Sie rufen zunächst eine örtliche Hyperämie hervor, die nach den Dispositionen der zarten Schleimhaut meist statt zu einfachem Catarrh zur plastischen Exsudation führt und dadurch den eingeführten Pilzkeimen Boden liefert. Wie die croupöse Stomatitis, so wird auch das Festhaften und Wuchern der Pilze dabei ungemein gefördert, wenn zuvor schon hyperämische Zustände, Catarrhe im Darm bestehen, welche sich auf die Mundhöhle verbreiten. Daher kommt es, dass so häufig dem Soor Störungen in der Verdauung, Diarrhöen etc. vorangehen. — Dem Soor der Säuglinge wurde vielfach ein epidemisches und endemisches Vorkommen zugeschrieben. Er hat ein solches darum, weil er an Orten vorzüglich auffallend wird, wo viele Säuglinge unter gleicher Vernachlässigung scrupulöser Reinlichkeit und zwekmässiger Nahrung zusammengehäuft zu sein pflegen: unter der engwohnenden armen Bevölkerung grosser Städte, in Findelhäusern u. dergl., wohl auch darum, weil unter solchen Umständen die Pilzkeime in reichlicherer Menge zugeführt werden. Man bemerkt, dass der Soor häufiger in den heissen Monaten vorkommt: der Grund davon mag darin zu suchen sein, dass unter diesen Umständen die im Munde zurükbleibenden Nahrungsreste, sowie der Inhalt des Schlozers eher sich zu zersezen geneigt sind, wie denn überhaupt eine Vernachlässigung der Reinlichkeit Sommers schlimmere Folgen zu haben pflegt, als in kühleren Zeiten; ferner darin, dass in dieser Zeit intestinale Entzündungen bei den Säuglingen vorzugsweise herrschen. — Der Soor kann in dem Sinne als contagiös angesehen werden, insofern die Keime von Pilzen von aussen, also wohl sehr häufig, wenn nicht immer von andern Kranken herkommen.

Bei älteren Subjecten, Kindern wie Erwachsenen, finden sich zuweilen bei grober Vernachlässigung der Reinlichkeit des Mundes, bei anhaltend scharfer Nahrung oder bei sonstigen stark einwirkenden Ursachen ähnliche, jedoch immer unbedeutendere Pilzanhäufungen, die jedoch fast nur dann massenhaft werden, wenn die Träger in den Zustand grösster Adynamie verfallen.

II. Pathologie.

Nachdem die Symptome einer Stomatitis verschiedenen Grades und verschiedener Form vorangegangen sind, die Zunge und Mundhöhle bald glatt und roth, bald geflekt, bald von vesiculösen Eruptionen befallen, bald mit Belegen und Exsudaten bedekt sich gezeigt hatte, oder auch ohne vorausgehende bemerkliche Veränderungen auf der Schleimhaut treten einzelne rahmartige weisse Fleken und Schichten auf, welche sich mehr oder weniger rasch ausbreiten. Bei Zunahme der Affection werden nicht nur die Schichten diker, sondern auch die ursprünglich discreten Fleken fliessen nun allmälig mehr oder weniger zusammen. Je nach dem Grade der Affection können nur wenige Fleken vorhanden oder — mit allen denkbaren Mittelstufen — zulezt die ganze Mund- und Rachenhöhle, der Schlund und Oesophagus mit den Schichten überzogen sein:

jeder Soor aber, wenn er auch noch so unbedeutend ist, hat Neigung, sobald er vernachlässigt wird, zu den höhern und höchsten Graden sich zu steigern, da gerade die fremden Massen die Unreinlichkeit nur fördern. Solange die Schichten frisch sind, haben sie ein vollkommen weisses Aussehen. Je älter sie werden, um so mehr werden sie schmuzig-gelb, graulich, gelblich. Sie sind weich, von käseartiger Consistenz und bestehen aus zahllosen Pilzsporen und Thallusfäden, deren Schichten von trüben Epithelialzellen bedekt sind und neben dem noch eine feinkörnige Masse und Fett sich findet.

Diese Massen werden

entweder einfach losgestossen und der normale Zustand stellt sich wieder her;

oder sie verbreiten sich über den Oesophagus und in den Darm, können Erstikungszufälle und schwere Magen- und Darmzufälle bedingen;

oder sie erregen und steigern locale Entzündungen und Verschwärungen;

oder sie rufen Irritationen der Nervencentra hervor, an welchen kleine Kinder zu Grunde gehen können;

oder endlich der Tod erfolgt durch andre Störungen, unabhängig von den Parasitwucherungen, wenn auch beschleunigt durch sie.

Wenn die Mundhöhle mit diesen Massen überzogen ist, scheint zwar manchmal der von der Stomatitis abhängige Schmerz und die Empfindlichkeit an den Theilen etwas abzunehmen, doch nicht ganz zu verschwinden; zugleich zeigen die bei stärkern Anhäufungen der Masse gewöhnlich bemerkbaren Bewegungen des Kiefers und der Zunge an, dass das Kind, genirt durch die Exsudatschichte, sich abmüht, dieselbe wegzuschaffen. Die Schichten sind oft ziemlich schwierig von der unterliegenden Schleimhaut zu entfernen: sie haften an ihr an. Diese erscheint nach Entfernung des Exsudats vom Epithelium beraubt, mehr oder weniger lebhaft geröthet, oft mit einzelnen blutenden Punkten besezt, zuweilen sind einzelne besonders stark ergriffene Follikel ulcerirt. Ist dagegen die Hyperämie der Schleimhaut erloschen, so werden die Schichten lokerer und allmälig spontan abgestossen, eine ziemlich normale, nur noch etwas vulnerable und wenig geröthete Schleimhaut hinterlassend. Unter ungünstigen örtlichen oder allgemeinen Verhältnissen (tiefste Vernachlässigung, Athmen einer unreinen infecten Luft, Genuss einer schlechten Nahrung, unreine Schlozer, fortdauernde Gastroenteritis, zunehmende allgemeine Schwäche) können die Gewebe unter den Schichten schmelzen, verschwären oder selbst — jedoch ohne dass die Zerstörung weit in die Tiefe sich erstrekt — brandig absterben.

Wenn die beschriebenen örtlichen Erscheinungen für sich allein bei zuvor ganz gesunden Kindern, ohne irgend eine Erscheinung, welche als Vorläufer und Zeichen vorangehender Allgemeinerkrankung angesehen werden könnte, auftreten, so ist die Affection meist eine höchst unbedeutende und erhält nur bei fortdauernder Einwirkung der Ursachen (Unreinlichkeit, grober Vernachlässigung) einige Bedeutung, indem theils die örtlichen Beschwerden das Kind aufregen, den Schlaf stören, unter der Schwierigkeit zu saugen die genügende Ernährung nothleidet, theils aber auch die Affection tiefere Partieen, den Pharynx, Oesophagus gewinnen kann und bald durch einfaches Fortschreiten der Entzündung, bald durch Verschluken des Exsudats eine Gastrointestinalaffection verschiedenen Grades secundär entstehen kann. Dann allerdings gesellen sich die Symptome der leztern (Brechen, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Säurebildung, Abmagerung etc.) mit grösserer oder geringerer Heftigkeit allmälig zu der anfangs rein örtlichen Erkrankung hinzu und können nach Umständen zulezt den Untergang des Kranken herbeiführen.

In andern Fällen gehen allgemeine Beschwerden und Symptome von Erkrankung des Darms oder anderer Organe voran; am häufigsten Appetitmangel, saures Erbrechen, Diarrhoe, Hautausschläge, allgemeine Unruhe, Convulsionen, Fieber; allein auch sie sind nicht als Vorläufer des Soors anzusehen, sondern nur als Symptome derjenigen Erkrankung, durch welche eingeleitet oder während welcher zufällig der Soor entsteht. Diese Symptome werden auch durch den Soor nicht weiter modificirt, als indem die schmerzhafte Affection der Mundhöhle die allgemeine Auf-

regung noch steigert und durch Störung der Ernährung die Erschöpfung beschleunigt wird.

Die Parasitenüberwucherung des Mundes kann alsdann auch für sich schwerere Erscheinungen bedingen, indem sie selbst ohne Vernachlässigung oder sonstige unglükliche Umstände leichter zu Verschwärung oder gar zu Brand Anlass gibt. Dann treten rasch die Symptome von Collapsus, äusserster Adynamie, colliquative Diarrhoeen ein, Zufälle, welche in nichts den in dieser Weise degenerirten einfachen Soor von den von Anfang an bösartigen Mundaffectionen (Stomacace) unterscheiden.

III. Therapie.

Die Behandlung des Soors ist:

1. wesentlich eine örtliche und hat

einerseits den Zwek, die Parasiten zu zerstören, zu entfernen, ihre Wiederkehr zu verhindern;

andrerseits die localen, causalen oder consecutiven Veränderungen der Schleimhaut zur Heilung zu bringen.

Zu beiden Indicationen dient vor allem eine scrupulöse Reinhaltung des Mundes, Aussprizungen, schleimige Mundwasser und Bepinselungen, Honig; später der Gebrauch von Borax, adstringirender Mittel und im Nothfall die Application von Causticis.

Zunächst müssen alle örtlichen Einwirkungen vermieden werden, welche die Affection steigern oder unterhalten: bei Säuglingen sind die Warzen der Säugenden rein zu halten, vor jedem Saugen zu waschen; geschieht das Saugen beschwerlich, so muss es ganz unterbleiben und das Kind durch Einträufeln von Milch ernährt werden. Schlozer sind zu entfernen oder doch möglichst rein zu halten; festere Nahrung, von welcher am leichtesten Stoffe zurükbleiben, ist zu vermeiden, überhaupt für Reinhaltung des Mundes scrupulöse Sorge zu tragen, nicht aber dadurch, dass man den Mund gewaltsam reinigt und etwa die Pseudomembranen dabei wegwischt und abreisst, sondern hauptsächlich dadurch, dass man einzelne zurükgebliebene Speisereste vorsichtig entfernt und von Zeit zu Zeit dem Kind etwas Wasser oder einen dünnen Thee zu trinken gibt, wodurch seine Mundhöhle von selbst gereinigt wird. — Solange die Hyperämie noch beträchtlich, die Pilze noch sparsam gebildet sind, müssen milde, laue, schleimige Mundwasser gebraucht werden, welche keinerlei reizenden Beisaz haben. Erst nach vollkommener Ausbildung der Parasitschichten und nach ermässigter Hyperämie hat man zu leicht reizenden Stoffen überzugehen, mit denen man die Stellen bepinselt und die man zugleich dem Zergehen und Zerfliessen im Munde überlässt. Das gebräuchlichste und zugleich sehr geeignete Mittel ist Rosenhonig mit Borax, doch mögen auch andere Substanzen, Säuren (Citronensäure, schwache Salzsäure), Alkalien, Salze (Chlornatron, chlorsaures Kali) ebensogut wirken. Bleibt der Zustand hartnäkig oder sind Verschwärungen vorhanden, so wendet man adstringirende Solutionen, Alaun, Zinksulphat, Eisensalze, Kupfer oft mit Erfolg an. Bei dringlichen Verhältnissen hat man nicht mit der Anwendung caustischer Mittel, vornehmlich des Höllensteins zu zögern.

2. Die allgemeine oder auf entfernte Organe gerichtete Therapie hat den Zwek:

Soormassen, welche in den Oesophagus, Magen gedrungen sind, zu entfernen (Emetica, mässige Laxantien);

die ganze Constitution des Kranken zu kräftigen (entsprechende Nahrungsmittel, selbst reizende, erregende Substanzen, wie kleine Dosen Wein oder bittere und tonische Mittel);

Complicationen zu behandeln.

3. Concretionen.

Verkalkte und consolidirte Massen aus den Secreten und Exsudaten stammend kommen sehr vielfach in den Mundrachentheilen vor:

1. in den **Lippen** (ohne grosse Bedeutung).

2. An den **Zähnen** sammelt sich der sogen. Weinstein, schon im normalen Zustande nicht ganz zu vermeiden, dagegen bei grösserer Ansammlung den Zähnen schädlich und dem Zahnfleisch ein continuirlicher Reiz.

Der Weinstein, der erhärtete Niederschlag aus den Mundflüssigkeiten, aus Kalk- und Bittererdephosphaten, auch kohlensaurem Kalk gebildet (wie **Mandl** neuerdings behauptete, aus den Panzern von Infusorien der Mundsecrete) und auf den Zähnen dem Zahnfleisch entlang bei Unreinlichkeit sich sammelnd und verhärtend, interessirt die innere Medicin nur insofern, als er eine häufige Ursache von Verschwärungen und Atrophie des Zahnfleisches abgibt. — Am stärksten findet sich der Zahnstein an den unteren Schneidezähnen, vorzüglich an deren hinterer Fläche, und er erlangt daselbst oft eine ausserordentliche Härte, zuweilen sogar eine grössere als der Zahn selbst. Der Zahnstein nimmt am meisten zu, wenn wenig oder auf einer Seite gar nicht gekaut wird. Auch Erkrankungen des Zahnfleisches selbst scheinen das Niederschlagen und Festhängen, daher die Zunahme des Weinsteins zu befördern. — In vielen Fällen haben auch sehr alt und hart gewordene Lagen von Weinstein keinen Einfluss auf Zähne und Zahnfleisch; in andern aber atrophirt das leztere in Folge der Absezung, wird immer kürzer, die Zähne erscheinen daher entblösster, länger, fangen an zu wakeln und auszufallen. In noch andern und zwar den gewöhnlichsten Fällen reizt der Weinstein das Zahnfleisch, macht es hyperämisch, aufgelokert, leicht blutend und ein Saum von Geschwüren entwikelt sich an dessen freiem Rande. — Die Verhütung des Niederschlags und der Ansammlung von Weinstein ist eine Aufgabe der täglichen Reinigung der Zähne. Bürsten mit feinen Pulvern, am besten aus Kohle, ist das geeignetste Mittel hiezu. Hat sich der Weinstein einmal in grösserer Menge angesammelt, ist er hart geworden, so genügt aber dieses Bürsten nicht mehr und es muss die Kruste meist mit stärkeren, schabenden oder krazenden Instrumenten entfernt werden. Indessen geschieht diess nicht immer ohne Nachtheil; denn zuweilen sieht man Zähne, welche durch die harte, dike, in Eine feste Masse verbundene Weinsteinkruste festgehalten waren und ihre Dienste vortrefflich geleistet hatten, nach der Entfernung des Weinsteins loker werden, keines kräftigen Druks mehr fähig sein und bald nachher, auch ohne dass sie krank werden, ausfallen. Darum dürfte es zwekmässiger sein, sehr hart gewordene Weinsteinkrusten, besonders wenn sie das Zahnfleisch nicht beeinträchtigen, ruhig sizen zu lassen.

3. In den **Tonsillen** kommen zuweilen Concretionen (Mandelsteine) vor, verkreidete Massen des käseartigen Secretes dieser Drüsen, die gewöhnlich keine Symptome hervorrufen, doch zuweilen eine beschränkte Entzündung und Eiterung des Drüsenparenchyms veranlassen können.

4. Concretionen in den **Speicheldrüsen** und ihren Gängen (Speichelsteine) sind nicht ganz selten, sind meist klein und oft sehr hart; sie können den Ausführungsgang versperren und dadurch zu Dilatation hinter den Steinen, zu Entzündung und Perforation des Canals (Speichelfistel) Veranlassung geben.

S. darüber unter Andern: **Melion** (Oesterr. Wochenschrift 1844 No. 28).

HH. MORTIFICATIONSPROCESSE.

Das örtliche Absterben kommt in der Mundrachenhöhle in der Form der Verschwärung, der Erweichung und des Brandes vor.

Die Erweichung, wobei die Schleimhaut und die unterliegenden Theile in grösserem oder geringerem Umfange in eine weiche, schmierige, missfarbige, oft bräunliche Pulpe verwandelt sind, unterscheidet sich fast nur durch den Mangel an Brandgestank, durch den weniger durchdringenden Geruch von dem eigentlichen Brande, kommt unter denselben Umständen wie dieser, häufig neben ihm vor und wird durch den herkömmlichen Sprachgebrauch an diesen Stellen mit dem Brande zusammengefasst. Es scheint auch diese Vereinigung vollkommen practisch und zwekmässig.

Auch Verschwärung und Brand kommen an diesen Theilen in so vielfachen Uebergängen vor, dass viele Aerzte Mortificationen, die von andern als ulcerative Formen betrachtet werden, zu den gangränösen gerechnet haben und dass wirklich nicht selten ein Geschwür ein so übles, livides Aussehen zeigt, so rasche Fortschritte in der Zerstörung macht, mit Schorfen sich bedekt und der gewöhnlich schon vorhandene üble Geruch in solchem Maasse sich steigert, dass man zweifelhaft sein kann, ob man es nicht bereits zum Brande rechnen soll.

1. Ulcerationen.

I. Aetiologie.

Die Geschwüre in der Mund- und Rachenhöhle entstehen:

durch einmalige oder noch mehr durch wiederholte örtliche Reizungen;

in Folge der verschiedenen andern Localprocesse in diesen Theilen, entweder unter Mitwirkung weiterer Ursachen oder ohne solche;

unter dem Einfluss von Constitutionsanomalieen, welche das Zustandekommen von Ulcerationen entweder nur begünstigen oder ohne Weiteres einleiten.

Die Ulcerationen in der Mund- und Rachenhöhle haben nach ihrem Ursprunge eine verschiedene Bedeutung, verschiedene Formen und verschiedenen Verlauf. Es ist jedoch bis jetzt nicht möglich, mit vollkommener Sicherheit die ätiologischen Verhältnisse aller Arten von Geschwüren an diesen Stellen zu bestimmen. Viele Verschwärungen an diesen Stellen bestehen nur als ein rein örtliches Leiden, nicht durch eine Constitutionserkrankung bedingt noch wesentlich complicirt, obwohl es sein kann, dass neben der Ulceration zufällig weitere Störungen im übrigen Körper sich vorfinden. In vielen dieser Fälle ist die Veranlassung des Geschwürs bekannt: eine die Oberfläche der Theile zerstörende Verlezung, z. B. durch eine concentrirte Mineralsäure, durch Verbrennung, eine unbedeutendere, aber vernachlässigte Verlezung (z. B. an der Zunge durch Beissen, leichte Verbrennung), eine scharfe, die Bakenwand oder die Zunge fortwährend reizende Zahnkante, Ansammlung von Zahnstein an dem Rande des Zahnfleisches, Mangel an Reinigung des Mundes, Einbringen von unreinlichen Dingen (z. B. des sog. Zulps bei Kindern) oder besonders auch adhärirende Reste von Nahrungsmitteln (eine der häufigsten Ursachen von Geschwüren), pflanzliche Parasiten; Contact mit eitrigem und jauchigem Auswurf und Erbrochenem (daher bei chronischer Choanenblennorrhoe, bei Lungentuberculose und Lungenbrand, bei ulcerösem Magenkrebs); endlich einige specifisch Verschwärung bewirkenden, zufällig eingeführten fremden Substanzen: Tartarus emeticus und andere scharfe und äzende Mittel, syphilitisches Contagium, Rozgift.

Ferner können Verschwärungen in der Mundhöhle die Folge und weitere Entwiklung verschiedener Erkrankungen der Schleimhaut sein, wie Folliculärentzündung, chronischer Catarrhe, besonders im Pharynx, Eczeme, besonders an den Lippen, lupöser Infiltration, plastischer Exsudationen, vesiculöser und pustulöser Eruptionen, wenn sie vernachlässigt oder unzwekmässig behandelt werden, oder auch schon zuweilen durch die ursprüngliche Intensität des Processes selbst; oder sie entstehen durch und auf Neubildungen: Condylomen, Fibroiden, epithelialem und anderm Krebse. Es kann ferner die Ulceration von anderen Organen aus die Mundrachenhöhle erreicht haben und so können manche Affectionen der benachbarten Theile: aufgebrochene Abscesse, Caries oder Necrose der Knochen, Zahnkrankheiten, die oft übersehen werden, eine hartnäkige Ulceration unterhalten.

Verschwärungen aus solchen Ursachen kommen sehr häufig in allen Altern, bei allen Constitutionen vor, und es scheint, dass überhaupt in der Mund- und Rachenhöhle locale Reizungen und jede Art von örtlichen Processen leichter als an den meisten andern Stellen des Körpers zur Ulceration führen. Nicht selten sind aber auch Ulcerationen, bei denen die örtliche Ursache dunkel und unerforschlich ist und wo doch auch kein genügender Grund für ihr Entstehen in den allgemeinen Verhältnissen gefunden werden kann. Solche kommen auf den Mandeln, an dem Winkel zwischen beiden Kiefern und an der benachbarten Baken- und Zahnfleischgegend, an dem Frenulum der Zunge, am Gaumengewölbe, an der innern Lippenwand vor. Solche finden sich besonders bei Kindern, bei jugendlichen, bei zartconstituirten oder schwammig genährten Individuen, überhaupt bei jenen, die man, freilich ohne genügende Berechtigung, als zur Scrophulose disponirt anzusehen pflegt, übrigens aber auch, jedoch seltener, bei andern, die sich einer vollkommen kräftigen

Constitution und Ernährung erfreuen. Daran schliessen sich die durch constitutionelle Ursachen oder deren Mitwirkung entstandenen Geschwüre. Es scheint, dass jede Abweichung von der normalen Constitution die Verschwärung in der Mundhöhle sehr wesentlich begünstige und zumal an einzelnen Stellen (innere Lippenfläche, Zahnfleischrand, hintere Bakengegend) finden sich darum bei den mannigfachsten abnormen Constitutionen Verschwärungen in Folge höchst geringfügiger und der Wahrnehmung leicht sich entziehender örtlicher Reizungen. Eine ganz exquisite Disposition zur Ulceration in der Mundhöhle wird bedingt nicht nur durch alle schwer cachectischen Zustände und durch den allen sehr schweren acuten Erkrankungen nachfolgenden Marasmus, sondern auch durch einige besondere Formen specifischer Constitutionserkrankung: Mercurialismus, Scorbut, septische Zustände, constitutionelle Syphilis. Gerade bei Kindern, seltener bei Erwachsenen findet sich endlich zuweilen eine mehr oder weniger habituelle Geneigtheit zu Ulcerationsprocessen, ohne sonstige wahrnehmbare constante Störungen der Constitution (ulceröse Diathese) und gerade die Mundhöhle ist es, wo sich am frühesten und gewöhnlichsten dabei die Verschwärungen zeigen.

II. Pathologie.

Die Geschwüre können an allen Stellen der Schleimhautauskleidung der Mund- und Rachenhöhle entstehen, von den Nachbartheilen aus diese erreichen oder andrerseits von der Mundrachenhöhle auf Nachbartheile sich ausbreiten.

Am häufigsten entstehen die Geschwüre
an der innern Lippenfläche bei Constitutionskrankheiten und nach Follicularentzündungen;
an dem Lippenwinkel bei Unreinlichkeit und secundärer Syphilis;
am Zahnfleisch äusserst gewöhnlich durch die verschiedensten örtlichen und constitutionellen Ursachen;
ebenso häufig an der Umbeugungsstelle des Zahnfleisches gegen die Lippen- und Bakenschleimhaut;
an der Zunge, vornehmlich ihren Rändern und vorderen Theilen;
unter der Zunge auf dem Boden der Mundhöhle;
an der Bakenschleimhaut;
an den Mandeln (Folge nicht verheilter Entzündung oder constitutioneller Erkrankung);
am Gaumengewölbe, an den Gaumensegeln und der Uvula, am hintern Theile des Zungenrükens und im Pharynx sind zwar Geschwüre nicht selten, doch stehen sie an Häufigkeit den gedachten Arten nach und sezen bedeutendere Ursachen oder grosse Vernachlässigung primärer Erkrankungen voraus.

Die Geschwüre zeigen die mannigfaltigsten Formen in der Mundrachenhöhle; vornehmlich finden sich:

Folliculargeschwüre;

Längengeschwüre (flache und schrundige);

flachausgebreitete Geschwüre;

excavirende Geschwüre;

phagedänische Geschwüre.

Der Grund der Geschwüre kann selbst weitere Anomalieen zeigen: Callositäten, Infiltrationen, Neubildungen.

Die Folliculargeschwüre haben ungefähr 1—2 Linien im Durchmesser, sind von ziemlich regelmässig rundlicher Form, mit seichter Vertiefung, gelber Secretion und scharf abgeschnittenem, durch einen stark injicirten Gefässkranz gerötheten Rand. Sie sizen an der innern Wand der Lippen, am Zahnfleisch in der Nähe des Uebergangs seiner Schleimhaut auf Lippen oder Bakenfläche, an der Bakenwand, zuweilen auf den Mandeln und im Pharynx. Sie sind oft gänzlich schmerzlos, zuweilen erregen sie etwas Kizel, Brennen und Stechen. Sie heilen, sobald die Ursachen, die sie veranlassten oder unterhielten, entfernt sind, meist rasch und spurlos.

Das flache Längengeschwür sizt an Schleimhauträndern, namentlich an dem freien Rande des Zahnfleisches und der Gaumensegel, ist besonders an jenem häufig und wird daselbst meist durch Unreinlichkeit und Weinstein veranlasst. Es

sind anfangs oberflächliche schmale Ulcerationen des äussersten Randes der genannten Theile, von verschiedener Länge, am Zahnfleisch zuweilen die ganze Ausdehnung desselben einnehmend, umfasst von einem gerötheten, häufig etwas gewulsteten Saume. Bei längerer Dauer können sie besonders am Zahnfleisch allmälig tiefer greifen, ohne jedoch ihre längliche Form zu verlieren und einen nicht ganz unbeträchtlichen Substanzverlust herbeiführen, in Folge dessen die Zähne mehr und mehr entblösst, loker werden und zuweilen ausfallen. Häufig werden diese Geschwüre der Siz von leichten Blutungen; sie sind meist schmerzlos und pflegen sehr lange zu bestehen. Sie heilen meist ohne deutliche Narben.

Ulcerationen unter Exsudaten und Schorfen. Verschwärungen der Schleimhaut, mindestens an einzelnen Stellen, sind bei den meisten Exsudationsformen in der Mundrachenhöhle Regel. Am häufigsten kommen sie bei den diken Pseudomembranen der Stomatopharyngitis der Säuglinge, besonders an den Stellen vor, wo Follikel beträchtlicher afficirt sind (vesiculöse Form, Aphthen im gewöhnlichen Sinn des Worts), ferner bei der diphtheritischen und secundär-aphthösen Stomatopharyngitis und bei Brandschorfen. Seltener sind sie bei den eigentlich croupösen Exsudationen. Doch kann bei jeder Exsudation, sobald sie dik ist, lange liegt und sich auf ihrem Lager zu zersezen anfängt, sowie bei jeder Verkrustung, sobald Secret unter der Kruste zurükgehalten wird, das unterliegende Gewebe verschwären. Alle Theile der Mundrachenhöhle können der Siz derartiger Geschwüre werden, welche auch nach Entfernung der Pseudomembranen und Schorfe gern fortdauern und sich auf Theile ausbreiten, die ursprünglich nicht mit den Exsudatschichten bedekt waren. Das Gemeinschaftliche dieser nach dem Gesagten unter sehr mannigfaltigen Umständen vorkommenden Ulcerationen ist, dass die Geschwürsfläche meist sehr missfarbig aussieht, die Ränder schlaff, livid und leblos sind und bei etwas längerer Dauer und Versäumung der gehörigen Therapie eine Neigung zu tieferen Destructionen vorhanden ist. Sie hinterlassen nur, wenn sie ausgebreitet und tief wurden, Narben.

Breite, offene, oberflächliche Ulcerationen sind diejenigen, welche am häufigsten ohne bekannte Ursache vorkommen, ohne Zweifel auch darum, weil sie meist erst entdekt werden und zur Behandlung kommen, wenn sie längst bestehen und die Art ihrer Entwiklung nicht mehr ermittelt werden kann. Meist sind es Kinder und jugendliche Individuen, die von ihnen befallen werden. Sie finden sich am Gaumengewölbe, in dem Winkel zwischen beiden Kiefern und in der Nachbarschaft davon, auf den Mandeln, im Pharynx, seltener auf den Gaumensegeln. Diese Geschwüre sind flach, oft mit etwas erhabenem Grunde, mit dünner Secretion, mit bald regelmässigen, bald unregelmässigen, nicht infiltrirten, doch zuweilen zerfressenen Rändern. Häufig breiten sie sich, während sie auf der einen Seite heilen, nach einer anderen hin aus (sind serpignös). Dagegen greifen sie nicht leicht in die Tiefe, zerstören nur Theile von geringer Dike: die Uvula, das Gaumensegel, das Frenulum der Zunge, bedeken sich auch nicht mit Krusten; nur im Pharynx liegt zuweilen eine dünne, bröckliche, gelbe Schleimkruste auf ihnen. Sie erregen gewöhnlich keinen Schmerz, höchstens Kizel, werden darum von den Kranken oft gar nicht beachtet, wofern sie nicht ihres Sizes wegen das Schlingen oder das Sprechen beeinträchtigen, und meist erst bei der ärztlichen Untersuchung gefunden. Sie heilen vom Rande her durch Ueberhäutung mit Bildung einer noch lange oder für immer sichtbaren, feineren oder gröberen, zusammengezogenen Narbe.

Excavirende Geschwüre sind ziemlich selten in der Mundrachenhöhle, kommen hauptsächlich auf der Zunge und an den Mandeln vor, und mögen häufig ihr Aussehen dem Umstande verdanken, dass anfangs einfache Geschwüre und Excoriationen unreinlich behandelt oder zu viel und zu stark mit dem Causticum bedient wurden. Sie sind oft nur liniengross, haben aufgeworfene, infiltrirte Ränder, eine unregelmässig conische Form, einen spekigen Grund und können leicht mit Chancren verwechselt, ja dem Ansehen nach nicht von ihnen unterschieden werden. Ihre rasche Besserung bei reinlichem und mildem Verhalten zeigt aber ihre gutartige Natur. Die Ränder werden dünner, fallen zusammen, der Grund reinigt sich und das Geschwür heilt unter zwekmässiger Pflege mit einer kleinen, oft kaum sichtbaren Narbe.

In die Tiefe fressende, phagedänische Geschwüre kommen zuweilen am Zahnfleisch, noch häufiger an den Lippen, an der Bakenfläche, bei Reconvalescenten und Siechen, zuweilen auch bei vorher gesunden Individuen und zwar bei Kindern wie bei Erwachsenen vor, ohne dass sich eine genügende Ursache dafür auffinden liesse, sei es dass sie ohne Weiteres scheinbar spontan entstehen (ulceröse Diathese), oder dass eine unbedeutende andere Affection, ein Herpes, eine Follicularulceration, ein Soor ohne sichtbare Ursache plözlich und unerwartet in hässliche, tief fressende Verschwärungen übergeht (Stomacace, Cheilocace). Aehnliche Geschwüre

werden auch durch die Einwirkung caustischer Säuren oder starker Verbrennungen zuweilen hervorgebracht. Die Geschwüre haben ein zerfressenes, schmuziges Aussehen, reichliches, aber dünnes, jauchiges Secret, bluten auf geringe Veranlassung, sind oft sehr schmerzhaft, überschreiten häufig die Schleimhautgränze der Lippen und breiten sich auf der benachbarten Gesichtshaut aus. Oft stellen sich auf ihnen Wucherungen und schmuzige Schorfe ein. Sie zerstören oft einen Theil der Lippen und heilen meist sehr langsam, und wenn der Substanzverlust einigermaassen erklecklich war, mit Bildung zusammengezogener, verengernder Narben. Bei Erwachsenen sehen diese Geschwüre wie offene Krebse aus, eine Aehnlichkeit, die zuweilen durch das Vorhandensein von Verhärtungen noch vermehrt wird. Sie unterscheiden sich jedoch durch ihre ungleich leichtere Heilbarkeit genügend vom Krebs; oft stellen sie sich bei einem und demselben Individuum und an der gleichen Stelle mehrmals, zuweilen alle Jahre ein- oder ein Paarmal ein.

Schrundige Geschwüre sind häufig an den Lippen, besonders an deren Winkeln, an den Rändern und auf dem Rüken der Zunge. Diese Geschwüre mögen, wie namentlich an den Lippen, häufig aus kleinen Rissen entstehen, welche sich in Folge der Einwirkung von Luft, Staub, Unreinlichkeit, in Folge des Eintretens von Speisetheilen, die sich sofort zersezen, in Geschwüre umwandeln. Andererseits bedekt sich aber auch nicht selten ohne bekannte Ursache die Zunge mit rhagadesartigen Geschwüren. Leztere finden sich jedoch überwiegend häufig bei Personen, die schon von Haus aus eine rissige Zungenfläche haben, indem in solchen Vertiefungen Speisetheile sich festsezen und eine leichte Entzündung und sofortige Verschwärung veranlassen. — Diese Schrunden sind längliche, Linien- bis Zoll-lange, mehr oder weniger tiefe Spalten mit wenig Secretion, oft indurirten Wandungen (wie besonders an den Mundwinkeln), leicht blutend, oft ziemlich, zuweilen selbst ausserordentlich schmerzhaft. Sie heilen schwierig, weil das Eindringen fremder Substanzen in sie kaum zu vermeiden ist, und es wird aus demselben Grunde die beginnende Heilung gar häufig wieder unterbrochen.

Fistelgeschwüre kommen häufig in der Mund- und Rachenhöhle vor, jedoch nur in Folge einer Erkrankung der tiefer gelegenen Theile: einer Zahnwurzel, der Kieferknochen, Wirbel, der Speicheldrüsen und ihrer Ausführungsgänge. Ihre Form, wie ihre Heilung hängt von der Primärerkrankung ab.

Die lupösen und krebsigen Geschwüre zeigen die Charactere, welche ihnen auch an andern Stellen zukommen.

Die durch specifische Einflüsse und Constitutionserkrankungen bedingten Geschwüre sind häufig, doch nicht immer hienach characterisirt. (S. specifische Mund- und Rachenaffectionen.)

Bei den meisten Geschwüren der Mundrachenhöhle, welches auch ihre Form und ihr Aussehen sein mag, zeigt sich ein mehr oder weniger übler Geruch des Athems, ohne dass derselbe jedoch in dem Grade stinkend würde, als er es bei wirklicher Gangrän der Theile ist. Je nach ihrem Size geniren die Geschwüre die Kaubewegungen, das Sprechen, das Schlingen, veranlassen Leerschluken, belegte Stimme, Trokenheit und Hize im Schlund. Häufig zeigen sich, besonders bei den Geschwüren in der Nähe der Vereinigung beider Kiefer, auf den Mandeln, am Gaumensegel, an der Zungenwurzel, Infiltrationen und Vereiterungen der Lymphdrüsen unter dem Unterkiefer und am Halse, welche alsdann gemeiniglich in ihrem Ursprung verkannt, für ein Merkmal einer scrophulösen Diathese gehalten und als solche behandelt werden.

Vgl. Griesinger (Archiv für physiol. Heilk. IV. 515), welcher zeigte, dass die Halsdrüsengeschwülste, deren Anschwellung man als Hauptbeweis für die Diagnose: „Scropheln" anzusehen pflegt, sehr häufig durch Anginen und Ulcerationen des Rachens bedingt werden.

III. Therapie.

Die meisten frischen Geschwüre der Mund- und Rachenhöhle heilen bei Reinlichkeit, beim Gebrauch milder Mund- und Gurgelwässer, bei Verminderung des Kauens und aller reizenden Speisen und Getränke und Entfernung etwaiger örtlicher Ursachen.

Bei Constitutionsstörungen ist auf diese je nach ihrer Art zu wirken.

Bei hartnäkigen Geschwüren muss nicht nur örtlich energischer verfahren, müssen adstringirende und selbst caustische Anwendungen gemacht, sondern muss oft selbst ohne nachweisbare Störung der Constitution eine kräftige Einwirkung auf leztere versucht werden.

Die erste Bedingung eines Curerfolgs ist Reinlichkeit in der Mundhöhle, genaues Ausspülen derselben nach jedem Essen, Vermeidung scharfer, reizender Speisen und Getränke, des Tabakkauens und Rauchens, bei kleinen Kindern Entfernung des Schlozers oder doch grösste Reinlichkeit beim Gebrauche desselben. — Sofort muss genau untersucht werden, ob nicht eine örtliche Ursache der Verschwärung (Weinstein, scharfe Zahnkante, cariöser Zahn, Knochenkrankheit u. dergl.) vorhanden und zu entfernen oder doch zu berüksichtigen sei. — Zur weiteren topischen Anwendung ist es für den Anfang der Cur sowohl frischer, als veralteter Fälle am zwekmässigsten, milde Mittel anzuwenden. Unter dem Gebrauche milder, lauer, schleimiger Mund- und Gurgelwasser heilen oft Ulcerationen, die lange den stärkeren, namentlich adstringirenden Mitteln widerstanden hatten; Indurationen verlieren sich, der Grund der Geschwüre reinigt und bessert sich und die Heilung erfolgt oft überraschend schnell. Zögert jedoch bei diesem Verfahren das Geschwür, sich zu reinigen und ein besseres Aussehen zu gewinnen, so mag man schon nach wenigen Tagen zu stärkeren Mitteln greifen, zunächst zu den adstringirenden Mitteln, wie Alaun, Kupfer- und Eisenvitriol. dünne Sublimatlösung, Ratanhia und Eichenrindendecoct, welche man je nach den Umständen als Mund- und Gurgelwasser, besser mit dem Pinsel als Pulver oder Solution, bei den schrundigen Geschwüren wohl auch in Salbenform anwendet. Führen auch diese Mittel nicht eine zeitige Besserung herbei, oder sieht das Geschwür sehr übel und missfarbig aus, droht es sich auszubreiten, so ist die jedoch nicht zu oft zu wiederholende Cauterisation mit Salzsäure, Höllenstein, salpetersaurem Quecksilber indicirt. Man vermeide jedoch dieselbe und wende sie nur in äusserster Noth oder nur sehr mässig an in allen Fällen, wo Neigung zur Induration vorhanden ist. Bei fistulösen Geschwüren muss überdem meist operative Hilfe eintreten.

Die örtliche Behandlung kann zuweilen durch ein weiteres auf fernere Theile oder auf die Constitution überhaupt gerichtetes Verfahren wirksam unterstüzt werden. Hiefür ist vor allem ein passendes Regime herzustellen: milde Diät, bei kräftigen Subjecten etwas entziehend, bei schwächlichen kräftigend, der innerliche Gebrauch von milden Thermen, fleissige Hautkultur, gesunde, trokene, mild-warme Luft, Curen mit süssen Früchten, Molken, laxirenden Mineralwässern, bei schwächlichen Individuen der Gebrauch von Eisenwässern. In einigen Fällen von serpiginösen, sehr ausgedehnten Geschwüren (einmal am Gaumengewölbe, mehrmal im Pharynx und auf den Mandeln, einmal an der Wange — versteht sich nicht syphilitischen Ursprungs, überhaupt ohne erkennbare Constitutionserkrankung) fand ich den innerlichen Gebrauch von Jodkalium von überraschend schnellem Erfolg. Dasselbe Mittel hat Magendie (Journ. de physiologie VIII. 34) bei alten Ulcerationen der Zunge und des Pharynx empfohlen. Bei sehr übelaussehenden, blutenden, in die Tiefe fressenden Geschwüren pflegt der fortgesezte Gebrauch eines Chinadecocts mit Schwefelsäure die Heilung wesentlich zu unterstüzen.

Bei der Heilung von Geschwüren, welche an den gegenüber liegenden Flächen des Zahnfleisches und der Bakenwand sizen, muss darauf gesehen werden, dass nicht eine Verwachsung von jenem mit dieser erfolge, einem Uebelstande. dem man schon durch gehöriges Ausspülen des Mundes, Einlegen von Schwämmchen oder Charpie vorbeugen kann, der aber, wenn er eingetreten ist, eine chirurgische Hilfe erfordert.

2. Erweichung und Gangrän.

a. Gangränöse Stomatitis (Wasserkrebs, Cancer aquaticus, Noma. Mundbrand).

Die ersten bestimmten Nachrichten über den Wasserkrebs rühren von holländischen Aerzten des 17. Jahrhunderts her: Battus, van de Voorde (von welchem der Name Noma oder Wasserkrebs für diese Krankheit zuerst gebraucht worden sein soll), Muys, van der Wiel, Blancard, Bidloo, van Swieten und Andern. Eine genauere Beschreibung als seine Vorgänger lieferte der schwedische Arzt Lund nach 11 Beobachtungen des Uebels (Abhandl. der schwed. Acad. d. Wissensch. für 1765, übers. v. Kästner, XXVII. 35). Mehre wichtige Arbeiten aus späterer Zeit finden sich in der Sammlung auserlesener Abhandlungen, die von van Lil (Bd. II. A. 121), Bruinemann (ibid. V. 476), Stelwagen (IX. 412),

Meza (XIV. 518). Hiedurch wurde das Interesse für diese Krankheit auch in Deutschland rege und es enthalten besonders die Werke über Kinderkrankheiten aus dem Anfang unseres Jahrhunderts (Girtanner, Fleisch, Feiler) und die Jahrgänge 1809 — 1816 des Hufeland'schen Journals manche wichtige Nachrichten und Beobachtungen über dieselbe. Unter lezteren sind namentlich die von Fischer (Hufel. Journal XXXIII. A. 80 u. B. 54) und Siebert (ibid. F. 74) mit Recht geschäzt. Eine schärfere Unterscheidung von anderen Affectionen unternahmen vorzüglich Baron (1816 Bulletin de la faculté 6 u. 7 in Leroux Journ. de méd. XXXVI.), Isnard-Cevoule (1819 Journ. complém. IV. 289) und Klaatsch (1823 Hufeland's Journ. LVI. A. 100 u. B. 45), während noch eine grosse Anzahl anderer Beobachter, unter Anderen Marshall Hall (Edinb. med. and surg. Journ. XV. 547), Hueter (Gräfe u. Walther's Journ. XIII. 25), Billard (Mal. des enfans), Murdoch (Journ. hebd. VIII. 232) etc., einzelne Fälle, Bemerkungen und Vorschläge zur Therapie mittheilen. Im Jahr 1828 erschien die erste bedeutendere, umfassend monographische Abhandlung über diese Krankheit von A. L. Richter (der Wasserkrebs der Kinder, nebst einem Nachtrag „Beiträge zur Lehre vom Wasserkrebs" vom Jahr 1832), welcher schon 1830 eine zweite von Wiegand (der Wasserkrebs) folgte. — Seither haben sich folgende Arbeiten über diese Krankheit bemerklich gemacht: Romberg (Rust's Magazin XXX. 150), Naumann (Handb. der medicinischen Klinik IV. A. 315), Constant (Bullet. de therapeut. VII. 318), Froriep (Klinische Abbildungen Lief. I.), Monneret u. Delaberge (Compendium I. 626), Taupin (Journ. des connaiss. medicochirurg. Avril 1839), Canstatt (Schmidt's Encyclopädie IV. 658), Hunt (Medicochirurg. transactions XXVI. 142), Guersant u. Blache (Dict. en XXX Vol. XXVIII. 588), Rilliet et Barthez (Tr. des mal. des enfans II. 128, 2 édit. 346), Valleix (Guide du med. IV. 134), Duncan (Dublin Journal XXVIII. 1), Löschner (Prager Viertelj. XV. 29), Tourdes (du noma ou du sphacèle de la bouche 1848), Albers (Archiv für physiol. Heilk. IX. 515), West (Kinderkrankh. übers. v. Wegner p. 317), Bouley u. Caillault (Gaz. méd. C. VII. 418).

I. Aetiologie.

Das Noma kommt überwiegend häufig in dem Alter von 3—5 Jahren, selten nach dem 12ten Jahre vor, befällt fast nur solche, welche in dürftigen Verhältnissen sich befinden und ist fast ausschliesslich eine secundäre Krankheit, die auf der Höhe oder in der Reconvalescenz anderer Krankheiten, am häufigsten der Masern, sich entwikelt.

Rilliet u. Barthez hatten unter 29 Beobachtungen 18, welche zwischen das 3.—5. Jahr fielen, 1 unter 3 Jahren, 5 im 6.—7. Jahre, 5 zwischen 8—12; in sehr seltenen Fällen hat man die Krankheit bei Erwachsenen beobachtet. Das Geschlecht scheint kaum einen Unterschied in der Disposition zu bedingen.

Die Krankheit findet sich fast ausschliesslich in der dürftig lebenden Classe, unter Umständen, wo die Constitution durch schlechte Luft, unvollkommene Kleidung, vernachlässigte Reinlichkeit, ungesunde Nahrung verdorben ist, in Kinderspitälern, schlechtgehaltenen Armen- und Waisenhäusern. Uebrigens sind es zuweilen, wenn auch in der Minderzahl, sehr kräftige Kinder, welche von ihnen befallen werden.

Das Noma scheint in nördlichen Gegenden: Holland, Schweden, Norddeutschland, England, Irland häufiger zu sein, als in südlichen und als schon bei uns. Andererseits scheint es in grossen Städten häufiger zu sein, als in kleinen und auf dem Lande. Auch die Nähe der See, grosser Flüsse mit flachen Ufern scheint eine grössere Häufigkeit des Vorkommens zu bedingen. Die Zeit, in welcher die Krankheit sich vorzugsweise zeigt, ist das Frühjahr und der Herbst. Niemals jedoch beobachtete man den Mundbrand in ausgedehnten Epidemieen; auch scheint er nicht contagiös zu sein (obwohl neuerdings Taupin und Löschner eine derartige Verbreitung mit Bestimmtheit versichern). —

Fast in allen Fällen entwikelte sich der Wasserkrebs im Verlaufe oder vielmehr am Schlusse und in dem Reconvalescenzstadium anderer acuter Krankheiten, am gewöhnlichsten der Masern, weit seltener des Typhus, der Intermittens, des Scharlachs, des Keuchhustens, der Pneumonie, der Poken und anderer acuter Affectionen. Unter 98 Fällen traten 41 nach den Masern ein (Rilliet und Barthez). Auch will man ihn zuweilen bei gesteigerten dyscrasischen Leiden: Scorbut, Scropheln, beobachtet haben, wobei aber fraglich bleibt, ob so entstandene Affectionen auch wirklich immer ein wahrer und ursprünglicher Brand gewesen sind und nicht eine

übel aussehende, zulezt vielleicht wirklich brandig gewordene Verschwärung. Jedenfalls mögen solche, auch wenn Brand bei ihnen wirklich eintritt, sämmtlich zu der von uns als zweite Form zu beschreibenden Erkrankungsweise gehören. In gleicher Weise sind vielleicht jene Fälle zu beurtheilen, bei welchen angeblich der Wasserkrebs durch Quecksilbermissbrauch entstanden sein soll. Ebenso ist es zweifelhaft, ob die Krankheit spontan und primär entstehen könne (Richter's gastrische Noma); jedenfalls scheint diess höchst selten zu sein. Bemerkenswerth ist die Seltenheit von Tuberkeln in den Lungen nomakranker Kinder. Unter 20 Fällen fanden Rilliet und Barthez eine vorgeschrittene Tuberculose nur 1mal, sehr sparsame Tuberkel 8mal.

Die Beziehung der, dem Noma vorausgehenden Affectionen zu dem Brandprocesse überhaupt ist dunkel. Die Entstehung des Lezteren durch Vermittlung einer capillären Arteriitis (wie Rilliet und Barthez annehmen) ist eine unerwiesene Hypothese, die überdem weder den Zusammenhang mit den vorausgehenden Krankheiten noch den Grund des Sizes der Affection aufklärt. Dagegen erscheint es angemessener, mit Bouley und Caillault das Noma als den Ausdruk und den Effect einer sphacelösen Diathese anzusehen, welche im kindlichen Alter überhaupt häufiger als bei Erwachsenen, factisch sich am gewöhnlichsten an exanthematische und analoge Processe anschliesst. (S. Constitutionskrankheiten im Band IV.). Wiederum aber bleibt es unaufgehellt, wesshalb gerade die Masern so ausserordentlich überwiegend von dieser Diathese gefolgt sind und wesshalb das Bakenparenchym zwar nicht ausschliesslich, aber doch vorzugsweise der Siz der localen Mortification wird. In vielen Fällen schliesst sich zwar der Brand an eine zuvor schon vorhandene Verschwärung an, welche ein mehr und mehr übles Ansehen annimmt. Anderemal dagegen beginnen die Veränderungen mit dem sphacelösen Absterben, doch mag auch in diesen Fällen zuweilen beim Vorhandensein der oben angegebenen Umstände und Diathese ein Zufall den Ausbruch des Brandes gerade in der Mundhöhle herbeiführen: eine Verlezung der Wange durch eine scharfe Zahnkante oder eine beliebige andere topische Veranlassung, während bei gleicher Diathese anderemal die Gangrän anderwärts, z. B. an den Genitalien, auf der Haut sich bildet.

II. Pathologie.

A. Der Brand des Mundes entwikelt und gestaltet sich auf verschiedene Weisen, je nachdem er als solcher beginnt oder einer Verschwärung nachfolgt, je nachdem er aus lezterer rasch sich entwikelt oder in allmäliger Progression die Mortification der Gewebe im Umkreise des Geschwüres eintritt und endlich je nachdem die Necrose in Form trokener Mumification oder in Form feuchter Zersezung (Cancer aquaticus im engern Sinne) oder im Verein von trokenen Schorfen mit Absezung flüssiger Jauche (gewöhnlichster Fall) eintritt.

1. Die aus vorangehenden Verschwärungen langsam sich entwikelnde Gangränescenz geschieht stets in der Form feuchter Zersezung und bildet höchstens partielle Schorfe.

Die Geschwüre können am Zahnfleisch, an den Lippen oder der innern Bakenwand sizen, auch selbst an den Rändern der Mundspalte oder sogar an den äussern Bedekungen ihren Ausgang nehmen, zeigen eine schmuzige Fläche mit einem feuchten zähen Detritus und livide leblose Ränder. Sie breiten sich aus, bedeken sich wohl stellenweise mit pseudomembranösen Fezen, bluten leicht, liefern ein stinkendes Secret und zeigen keine Neigung zur Heilung. Allmälig fängt die Wange an ödematös anzuschwellen und livid zu werden, die Ränder des Geschwürs werden schwärzlich, der Geruch brandig und da und dort kann sich eine beschränkte Verschorfung einstellen. Hienach entwikelt sich ein entzündlicher Abstossungsprocess oder macht von da an das Absterben raschere Fortschritte und ergreift die sämmtlichen Gewebe bis auf den Knochen.

Diese Form des Mundbrandes wird vielleicht theilweise mit Unrecht den übrigen

zugesellt. Denn diese Fälle entwikeln sich weniger auf der Höhe oder in der Reconvalescenz acuter Krankheiten, sondern mehr durch Vernachlässigung einer aus irgend einer Ursache entstandenen Verschwärung der Mundpartie bei cachektischen, verwahrlosten und tief heruntergekommenen Kindern, doch schliessen sie sich zuweilen unmerklich an die andern Formen an und der weitere Verlauf ist von diesen nicht verschieden. (Bouley u. Caillault's asthenisch-phagedänische Geschwüre).

2. Die rasch sich entwikelnde feuchte Gangränescenz entsteht häufig gleichfalls aus einer Verschwärung der Mundschleimhaut, jedoch von erst kurzem Bestande. Oder es bildet sich ein aphthenartiges Bläschen an der Bakenschleimhaut auf hartem, dunkelrothem, oft lividem Grunde, oder treten auch deren mehre auf. Nach kurzem Bestehen plazt das Bläschen oder wird aufgerissen, verwandelt sich in eine oberflächliche Erosion oder ein etwas tieferes Geschwür, worauf meist sehr rasch ein Schorf sich bildet. Sind mehrere Ausgangsstellen vorhanden, so vereinigen sie sich oder können auch länger isolirt bleiben. Die Härte des Grundes, das Oedem des Umkreises nehmen zu und breiten sich aus, lezteres kann das ganze Gesicht, selbst den Hals überziehen. — Es kann die Affection auch zuerst mit einer ödematösen Schwellung einer Bake mit äusserlich schmuzig bleichem oder leicht violett marmorirtem Aussehen beginnen, selbst mit einer erysipelatösen Röthe der Cutisfläche. An der innern livid und dunkel gerötheten Wangenauskleidung kommt es sodann zur Erosion oder zur Bildung eines Bläschens, wonach der Schorf in gleicher Weise sich herstellt. Diess vornehmlich in den Fällen, wo die Gangrän durch eine Necrose des Alveolarfortsazes herbeigeführt wird.

Bald bemerkt man an der sich ausbreitenden und mehr und mehr hervortretenden Geschwulst eine härtere Stelle; es können auch auf der äussern Wangenfläche Erosionen sich bilden, welche sofort durch die livide Färbung den Uebergang in Gangrän anzeigen, besonders aber wird der Schorf an der innern Bakenfläche dunkler, braun und dehnt sich mit ziemlicher Raschheit aus, so dass er bald mehre Linien bis einen Zoll und darüber im Durchmesser hat.

Diese Form kann als die characteristischste angesehen werden. Sie ist das Noma im engeren Sinn, die Stomatite charbonneuse Taupin's. Ob die ersten Zerstörungen auch von der äussern Wangenfläche bei dieser Form zuweilen beginnen, ist durch Rilliet und Barthez zweifelhaft geworden, und es ist möglich, dass man bei einem derartigen vermeintlichen Anfang die schon zuvor vorhandenen Veränderungen auf der Schleimhaut übersehen hat, was bei der Schwierigkeit einer genügenden Oeffnung des Mundes und dem Widerwillen der Kinder dagegen leicht möglich ist.

3. In den seltensten Fällen beginnt der Brand mit trokener Verschorfung. Es geschieht diess zuweilen bei dem äussersten Grade des cachectischen Marasmus der Kinder. Ganze Stellen der Schleimhaut, zumal des Zahnfleisches sind in gelbliche zunderartige Schorfe verwandelt. Nirgends zeigt sich eine Verschwärung, nirgends eine Reaction gegen die abgestorbenen Gewebe, welche unmittelbar an die gesunden stossen. Diese Mumification macht langsam Fortschritte bis der Tod eintritt und man findet in der Leiche auch Periost und Knochen missfarbig, grauer und dunkler gefärbt.

Diese Form wurde zuerst von Bouley und Caillault beschrieben als Escarres jaunes ultimes (l. c. p. 512).

B. Eine weitere Entwiklung des Brandes findet statt, sobald nicht die

Mortification zeitig sich beschränkt und ein Eliminationsprocess eintritt, oder der Kranke schon vor der weiteren Ausbreitung zu Grunde geht. — Speichel in vermehrter Secretion, oft blutig oder schwärzlich gefärbt und stets von fötidem Geruch, läuft aus dem Munde. Der Schorf vergrössert sich mit bedeutender Schnelligkeit und unter ihm greift die Zerstörung rasch in die Tiefe, so dass nach wenigen Tagen schon die Wange, ein Theil der Lippe, das Augenlid in eine brandige, in hohem Grade stinkende Pulpe aufgelöst sein können, die Mundhöhle an ihrer Seitenwand geöffnet ist; die Perforation ist oft neben einem halb losgelösten Schorfe zu bemerken; die Zähne sehen aus der zerfressenen Oeffnung hervor, werden loker oder fallen, nachdem auch das Zahnfleisch zerstört, aus; bald erscheinen auch die benachbarten Knochen in mehr oder weniger grosser Ausdehnung entblösst und angefressen und können zu grossen Theilen consumirt werden. Die ganze Nachbarschaft des Brandherdes hat ein gedunsenes, livides Aussehen. Bei dieser Zerstörung, welche sich fast immer auf eine Hälfte des Gesichts beschränkt, und welche meist auf der Innenfläche des Bakens und in der Mundhöhle beträchtlich weiter sich ausdehnt, als auf der Aussenfläche, fehlt aller Schmerz, oder ist doch nur eine dumpfe Empfindlichkeit vorhanden. Blutungen sind dabei selten, da die Gefässe mit Gerinnseln verstopft sind.

C. In der Zeit der beginnenden Affection sind häufig noch keine auffallenden Störungen des Allgemeinbefindens zu bemerken. Höchstens zeigen die Kranken Mattigkeit, Verdriesslichkeit, Appetitlosigkeit, Störungen der Verdauung, Frösteln, mässiges Fieber, schlechtes, etwas collabirtes Aussehen.

Bedeutendere Zufälle pflegen erst einzutreten, wenn die Zerstörung eingetreten ist oder einige Fortschritte gemacht hat. Die Kranken erscheinen auffallend abgeschlagen, traurig, schläfrig bei Tage, unruhig bei Nacht; die Haut wird oft sehr heiss, besonders am Truncus, während die Extremitäten oft kühl sind; der Puls nimmt rasch an Frequenz zu, wird dabei klein und gegen das Ende schwach und kaum zu fühlen; der Durst wird sehr lebhaft; auffallenderweise erhält sich aber nicht selten der Appetit selbst bis zum tödtlichen Ausgang in ziemlichem Grade; zuweilen stellt sich Erbrechen, häufiger Diarrhoe ein, meist treten Symptome von Lungeninfiltration und oft von anderen Localcomplicationen ein; zuweilen kommen Blutungen, Oedeme der Extremitäten, Frostanfälle; zulezt Sopor und unregelmässige röchelnde Respiration, unter welchen Erscheinungen der Kranke zu Grunde geht. Im Allgemeinen stellen sich die schwereren Fiebersymptome und der ausgesprochene Collapsus nur kurz vor dem tödtlichen Ende ein.

Das Eintreten schwerer Symptome hängt wohl wesentlich von dem Zustandekommen der putriden Infection ab; doch mögen zuweilen locale Complicationen eine verfrühte Hinfälligkeit und zeitigeres Auftreten von Fieber bedingen; denn in den meisten Fällen, wohl in allen tödtlichen ist die Noma des Mundes mit anatomischen Läsionen anderer Organe complicirt, am gewöhnlichsten mit Pneumonie, ausserdem sehr häufig mit Enteriten und Erweichung der Eingeweide, zuweilen mit Brand der Genitalien, in einzelnen Fällen mit verschiedenen andern Affectionen, wie Lungenbrand, Pleuritis, Peritonitis, Nephritis, Meningitis, Subarachnoidealapoplexie etc. Die Symptome dieser Affectionen combiniren sich mit

denen des Mundbrandes, sind aber häufig für den unaufmerksamen Beobachter mehr oder weniger durch leztere verdekt.

D. Wenn der tödtliche Ausgang abgehalten werden soll, so muss die Mortification zeitig sistirt werden: es bildet sich eine Demarcationshyperämie, eine Eiterung beginnt im Umkreise, die Schorfe werden dadurch abgestossen und es verwandelt sich die Brandstelle in ein Geschwür, das allmälig und langsam in einem meist Monate dauernden Vernarbungsprocesse zur Verheilung kommt. — Bei dem beträchtlichen Substanzverlust, welchen die Gewebe gewöhnlich erlitten haben, erfolgt die Vernarbung stets mit bedeutenden Defecten, je nach dem Grade der Ausdehnung der Mortification. Verwachsungen in der Mundhöhle treten ein und eine hässliche, stark zusammengezogene, das Auglid, das äussere Ohr, die Halshaut heranziehende, das Auge entblössende, den Mund verzerrende Narbe entstellt bleibend das Antliz.

Der Ausgang in Genesung findet nur ausnahmsweise statt. Unter 21 Fällen Rilliet's und Barthez' heilte nur Einer; nach West (p. 317) starben 5 von sechs. Von den deutschen Beobachtern ist eine verhältnissmässig grössere Zahl von Heilung angegeben: doch ist auf diese Statistiken wenig zu geben, da die Ausdehnung der Diagnose Noma wohl nicht bei allen Autoren dieselbe ist.

III. Therapie.

Wenn die brandige Stelle zugänglich ist, so hat man dieselbe und ihre nächste Nachbarschaft energisch zu cauterisiren.

Wenn die Cauterisation unzulässig ist, so muss wenigstens für die äusserste Reinhaltung der brandigen Stelle und der ganzen Mundhöhle Sorge getragen werden.

Die Luft ist rein zu halten.

Dem Verfall ist durch nährende tonische und reizende Mittel, in gleicher Weise wie in andern Krankheiten mit Prostration, zu begegnen.

Die Complicationen sind mit mildem und wenig eingreifendem Verfahren zu beschränken.

Alles hängt von der örtlichen Behandlung ab; wird sie versäumt, so ist der Kranke fast sicher verloren. Das allgemeine und innerliche Verfahren ist wirkungslos und kann nur als unterstüzend und die Kräfte erhaltend gerechtfertigt werden; es unterscheidet sich auch nicht von demjenigen, welches bei andern gangränescirenden Affectionen äusserer Theile angewandt wird. — Die Indication ist, frühzeitig durch ein energisches Mittel die brandigen Theile zu zerstören und eine heilsame Entzündung in der Umgegend hervorzurufen. Hiezu bedient man sich entweder eines starken Causticums: der rauchenden Salzsäure, Salpetersäure, Schwefelsäure, des Chlorantimons, Chlorzinks, salpetersauren Quecksilbers, wobei man aber nicht versäumen darf, wofern es nöthig ist, durch voraus gemachte Einschnitte in den Schorf die tieferen Theile für das Aezmittel zugänglich zu machen. Auch die Anwendung des glühenden Eisens ist empfohlen worden. Nach der Cauterisation behandelt man die Stelle wie jede andere cauterisirte Fläche, mit der besondern Rüksicht jedoch, dass, besonders anfangs und wenn die Fläche ein verdächtiges Aussehen zeigt, reizende Ueberschläge (mit Chinadecoct, aromatischem Wein, Campher u. dergl.) und Einsprizungen von Chlorkalk, Chlornatron u. dergl. gemacht werden, um die Wiederkehr des Brandes zu verhüten.

Die Oertlichkeit des Brandes und die Widerspenstigkeit der Kranken hindert jedoch in vielen Fällen eine ergiebige und erfolgreiche Anwendung des Causticums, so dass zuweilen auf dieselbe gänzlich verzichtet werden muss. In diesen Fällen ist das fleissige Bepinseln mit Chlorkalk, Chlornatronlösungen, mit chlorsaurem [illegible] (Burrows), mit Chinadecoct, Camphor, oder wenigstens das häufige Ausspülen mit reinigender Flüssigkeit unerlässlich.

Eine wichtige Aufgabe ist die für Reinheit der Luft, auf welche bei den stink-

enden Exhalationen niemals zu viel Sorgfalt verwendet werden kann. Auch das Niederschluken der stinkenden Secrete ist nach Möglichkeit zu verhüten.

Von innerlichen Mitteln ist eine der Verdauungsfähigkeit entsprechende kräftigende Nahrung das Wichtigste. Chinadecocte und andere Tonica können daneben angewendet werden.

Das chlorsaure Kali wurde von Hunt empfohlen und eine wässrige Lösung zu 20 — 60 Gran für den Tag gegeben.

b. Brand des Zahnfleisches (gangränöse Ulitis oder Gengivitis).

Die Gangränescenz des Zahnfleisches begleitet entweder den Mundbrand, oder sie kommt isolirt vor und entwikelt sich aus einer pseudomembranösen Entzündung oder einem beliebigen Geschwüre des Zahnfleisches unter dem Einfluss grösster Unsauberkeit, übler Nahrung, feuchtkalter Wohnung, mephitischer Luft, fortgesezter Diätfehler und Misshandlungen der kranken Stellen.

Einmal sah ich Brand des Zahnfleisches im Verlauf eines Lungenbrands entstehen, wahrscheinlich durch locale Infection. Troz der mannigfaltigen Veranlassungen ist der isolirte Brand des Zahnfleisches selten, und was gemeinhin dafür angesehen wird, sind üble scorbutische oder mercurielle Geschwüre desselben. Es hat jene Affection nichts Eigenthümliches, was nicht schon beim Noma angeführt worden wäre. Die Behandlung, obgleich der üblen Umstände wegen wohl fast immer vergeblich, ist derjenigen des Mundbrands analog.

c. Brand der hintern Rachentheile (Angina gangraenosa im engern Sinne des Worts, Pharyngitis gangraenosa).

Von Bretonneau wurde gezeigt, dass die früheren Beobachter durch die Missfarbigkeit der Pseudomembranen in den hintern Rachentheilen verleitet wurden, die bösartigen Anginen, wie sie für sich oder im Scharlach auftreten, irrigerweise für gangränös zu erklären. Bei der anzuerkennenden Wahrscheinlichkeit einer mindestens häufigern Verwechslung dieser Art verlieren alle älteren Nachrichten allerdings ihre Zuverlässigkeit, damit ist aber die Bretonneau'sche Annahme der diphtheritischen Natur aller derjenigen Affectionen, welche man für Gangrän des Pharynx zu halten pflegte, nicht getheilt, und die Frage, ob nicht doch ein Pharynxbrand in der That vorkomme, blieb offen. Wirklich wurde schon von Guersent (1833 Diction. en XXX. Vol. III. 134) das Vorkommen eines solchen für factisch erklärt. Delaberge und Monneret unternahmen es (1836 Compendium I. 134), freilich auf die unsichern fremden älteren Erfahrungen hin, die Existenz der gangränösen Angina aufs Neue festzustellen; aber erst Rilliet und Barthez (1841 Arch. gén. C. XII. 446) lieferten aus detaillirten pathologisch-anatomischen Thatsachen den positiven Beweis, welcher durch Becquerel's Beobachtungen (1843 Gaz. méd. XI. 691) eine weitere Bestätigung erhielt.

I. Aetiologie.

Der Rachenbrand ist ziemlich selten, tritt immer nur secundär auf und zwar im Verlaufe der Masern, des Scharlachs, der Poken, ferner aber auch der Pneumonie, Peritonitis, des Croups, Typhus. Oder er folgt auf Necrose des Alveolarfortsazes der Kiefer (zumal der hintersten Bakzähne) oder anderer Knochen des Rachens; oder endlich er entwikelt sich aus schwerer Mercurialintoxication. Er kommt in allen Altern vor, doch etwas häufiger vor der zweiten Zahnperiode.

Der Rachenbrand tritt meist sporadisch auf; doch kann er auch epidemisch neben pseudomembranöser Angine herrschen. Die Luft vollgefüllter und schlechtgehaltener Spitäler scheint seiner Entstehung günstig zu sein.

II. Pathologie.

Dem Brande voraus gehen die Symptome der Rachenentzündung verschiedenen Grades und verschiedener Form, häufig aber sind dieselben nicht einmal sehr bedeutend.

Die Gangränescenz selbst tritt entweder in umschriebener oder in diffuser Form auf.

Im erstern Fall finden sich auf den Mandeln, noch häufiger im untersten Theile des Rachens, im Schlunde und an der Uebergangsstelle in den Oesophagus, also an Orten, die der directen Beobachtung nicht zugänglich sind, runde und ovale Schorfe von der Grösse einer Linse bis zu der eines Sechserstüks, von schwarzer, grünlich-brauner oder graulicher Farbe, etwas concav und von einem brandigen Geruch. Unter ihnen befindet sich eine stinkende Jauche, die Schleimhaut ist zerstört und nicht selten liegt die Muskelhaut nakt unter dem Schorfe. Die umgebende Schleimhaut ist livid, leblos.

Bei der diffusen Form ist meist die ganze Rachenpartie: Mandeln, Gaumensegel, Uvula, hintere Rachenwand bis zur Epiglottis zerstört, in eine weiche, schmuzige, stinkende Pulpe verwandelt, nirgends eine scharfe Gränze zwischen Belebtem und Todtem, jenes in dieses durch allmäliges Zunehmen der lividen, weichen und morschen Beschaffenheit der Gewebe übergehend. Nur gegen den Larynx und den Oesophagus hin war in einem Falle, den ich beobachtete, eine scharfe Gränze. Eine ödematöse Infiltration umgibt die Nachbartheile.

Diese örtlichen Zerstörungen sind nicht immer der Beobachtung zugänglich, das einemal nicht, weil sie zu tief im Pharynx liegen, das anderemal sind sie wenigstens schwierig zu untersuchen, weil dem Kranken der Mund nicht genügend geöffnet werden kann. Dagegen verräth der brandige Geruch die Art der Affection, auf welche man bei Vorhandensein des gangränösen Gestanks mit ziemlicher Sicherheit schliessen kann, wenn zugleich das Zahnfleisch und die Wangenschleimhaut unversehrt oder wenig ergriffen sind und die Lunge keine Zeichen von Gangrän darbietet.

Ein mehr oder weniger starker Speichelfluss, ödematöse Geschwulst und schmuzige Blässe des Gesichts, diker Zungenbeleg, Anschwellung der Halslymphdrüsen und ein Fieber von adynamischem Character mit Apathie und Sopor begleiten diese Affection. Schmerz fehlt gewöhnlich und das Oeffnen des Mundes ist weniger wegen Empfindlichkeit als wegen der Spannung der Theile erschwert. Das Schlingen ist zuweilen, besonders bei dem Brand der tiefsten Rachentheile, nicht beeinträchtigt, beim diffusen Brande an der Gaumenpforte jedoch stets erschwert, wenn nicht unmöglich; die Zunge ist häufig geschwollen, dikweiss belegt, die Sprache lallend, oft sind Diarrhöen mit dünnem oder blutigem Abgang vorhanden.

Der Verlauf, der wohl fast in allen sicher diagnosticirten Fällen tödtlich endet, dauert zuweilen nur wenige Tage, kann sich jedoch auch, besonders bei älteren Subjecten, über eine Woche hinausziehen. Der Tod erfolgt nach vorausgegangenem Coma.

III. Therapie.

Die Behandlung ist, soweit bis jetzt bekannt, unmächtig gegen diese Krankheitsform. Oertliche Mittel sind nicht genügend anzuwenden, allgemeine sind nuzlos. Wo es möglich ist zu cauterisiren, darf diess nicht

versäumt werden; man wähle dazu die Säuren oder den Höllenstein, der leichter in einer bedeutenden Tiefe zu handhaben ist. Wo die Cauterisation nicht zu bewerkstelligen ist, sind Einsprizungen von Chlorkalk, Mundwasser mit Camphor, China zu versuchen. Innerlich hat man die Vomitive und die gewöhnlichen Mittel gegen acute Prostration empfohlen.

C. CAUSALSPECIFISCHE STÖRUNGEN DER WEICHTHEILE DER MUND- UND RACHENHÖHLE.

Eine Anzahl durch ihre specifische Ursache characteristischer Constitutionskrankheiten bringt mehr oder weniger constant oder häufig Krankheitsprocesse und Veränderungen in den Geweben, welche die Mund- und Rachenhöhle zusammensezen, hervor. Diese constitutionell begründeten Störungen der Mund- und Rachenhöhle sind zum grossen Theil durch ihre eigenthümlichen Formen, noch mehr durch die Combination von Veränderungen, besonders aber durch den Verlauf sehr entschieden ausgezeichnet und können ihrerseits dazu beitragen, die bestehende Constitutionskrankheit zu verrathen oder wenigstens die Aufmerksamkeit auf weitere Zeichen derselben zu lenken. Anderemal freilich haben sie keine von andern local entstandenen Affectionen sie unterscheidenden Merkmale, ausser dem einzigen, dass sie allein, oder rascher, oder sicherer und nachhaltiger durch ein gegen die betreffende Constitutionsstörung gerichtetes Verfahren beseitigt werden, als durch ein topisches, wenn anders die Constitutionskrankheit eine Behandlung überhaupt zulässt.

Es sollen jedoch nur die wichtigern und characteristischen Formen der specifischen Mundrachenaffectionen hier in Kürze betrachtet werden und muss sowohl für das nähere Detail bei diesen, als für weitere unter specifischen Einflüssen entstehende Erkrankungen dieser Region auf die Darstellung der Constitutionskrankheiten verwiesen werden.

1. Unter dem Einfluss der Bleiincorporation entstehen:

eigenthümliche braune, selbst schwärzliche Färbungen der Zähne, am tiefsten und stärksten in der Nähe des Zahnfleisches (vielleicht Folge localer Einwirkung);

bläuliche, livide Färbung des Zahnfleischsaumes (constant);

Entzündungen, Wulstungen, Hämorrhagieen, Atrophieen und Verschwärungen am Zahnfleisch (ähnlich den scorbutischen);

zuweilen Salivation.

2. Die Erkrankung der Mundrachenschleimhaut und der Speicheldrüsen ist das constanteste und gewöhnlich frühzeitigste Symptom des Mercurialismus. Sie zeigt sich in den Formen der Hyperämie, Exsudation, Ulceration, selten des Brandes auf der Schleimhaut, der Hypersecretion des Speichels und zuweilen der Entzündung der Speicheldrüsen, ist meist mit einem eigenthümlichen Geruch aus dem Munde verbunden und führt bei Fortdauer zum Verlust der Zähne, selbst zur Abstossung des Alveolarfortsazes der Kieferknochen.

S. darüber Constitutionskrankheiten im Band IV. 27.

3. Durch die Einwirkung des Arseniks in fortgesezter Weise entstehen häufig Trokenheit des Mundes und Schlundes und Veränderungen der

Schleimhaut, welche den scorbutischen ähnlich sind, ohne etwas Eigenthümliches und Characteristisches zu zeigen.

4. Ebensolche Veränderungen sind bei der chronischen Vergiftung durch Alcoolica sehr gewöhnlich und finden sich in ähnlicher Weise beim anhaltenden Missbrauch des Opiums, zuweilen des Tabaks und anderer analoger Substanzen.

5. Bei der scorbutischen Constitutionserkrankung stellt die Affection der Mundhöhle, zumal des Zahnfleisches eines der constantesten und entscheidensten Symptome dar.

S. Constitutionskrankheiten.

6. Sehr zahlreich und zum Theil höchst characteristisch sind die Veränderungen in den Weichtheilen der Mundrachenhöhle unter dem Einfluss der constitutionellen Syphilis. Fast alle Theile dieser Provinz können afficirt sein; die auf die vordern Partieen beschränkten sind mehr frühzeitige Erscheinungen, die hinten beginnenden sind tardive, welche sich aber im Verlauf auch nach vorn ausbreiten können.

Die secundär syphilitische Mundrachenaffection kann unzweifelhaft ohne irgend eine weitere Ursache, als in Folge der allgemein gewordenen syphilitischen Infection entstehen. In vielen Fällen aber scheint sie nach geschehener Allgemeininfection durch eine zufällige Einwirkung auf die Mundrachentheile: durch scharfe Speisen, Rauchen, durch den Gebrauch des Quecksilbers, durch Anstrengung der Stimme determinirt zu werden. Sie stellt im Allgemeinen eines der frühesten und gewöhnlichsten Symptome der secundären Lues dar, fehlt übrigens besonders bei nicht mercuriell Behandelten gar nicht selten im Complexe der secundären Syphilis.

Dieselbe kann unter verschiedenen anatomischen Formen successiv oder gleichzeitig sich zeigen. Die ulcerative Form ist jedoch die wichtigste, weil alle anderen Formen, wenn sie irgend einen beträchtlicheren Grad von Intensität erreichen, zur Verschwärung führen. Auch ist — mit Ausnahme der Schleimtuberkel und condylomatösen Wucherungen — fast nur bei den Geschwüren eine einigermaassen sichere Diagnose möglich.

Die einzelnen Formen sind:

1) Hyperämieen sind eine der gewöhnlichsten syphilitischen Erkrankungsformen in der Mundrachenhöhle. Sie zeigen sich vorzüglich an den hinteren Theilen: Pharynx, Gaumensegel, Mandeln, Gaumengewölbe, aber auch an der Zunge, der Bakenwand, den Lippen. An der die Mandeln überziehenden Schleimhaut sind sie meist mit Schwellung des Drüsenkörpers verbunden. Meist erregen sie, wie jede andere Angine, das Gefühl von Hize, Trokenheit, von Krazen im Rachen, das Bedürfniss leer zu schluken und stechende Schmerzen beim Schlingen, alteriren die Stimme und es wird dabei oft auch die Berührung von aussen empfindlich. In andern Fällen dagegen sind keinerlei subjective Symptome vorhanden. Die Farbe der hyperämischen Stellen ist häufig wie bei jeder andern leichten Angina, zuweilen jedoch zeigt sie, besonders bei längerem Bestehen der Affection, eine trübere, düstere, mehr kupferfarbene Nuance. Diese Hyperämieen sind häufig flüchtig, verschwinden bald, kommen aber auch leicht wieder; oftmals sind sie sehr hartnäkig und persistent; überdiess gehen sie, wenn sie nicht zeitig geheilt werden, sehr gewöhnlich in andere Formen, Schleimtuberkeln, Exsudationen, Ulcerationen und Auswüchse über.

2) Infiltrationen kommen für sich als sogenannte Schleimtuberkel, oder an den Rändern und im Umkreis von Geschwüren als Callositäten und Indurationen vor.

Die Schleimtuberkel der Mundrachenhöhle sind schwache, höchstens linienhohe, flache, scharf abgegränzte Erhabenheiten des Gewebes von rundlicher oder länglicher Form, bei rundlicher Form meist nur eine oder wenige Linien im Durchmesser haltend, bei ovaler meist nicht viel länger als breit, doch zuweilen ½ Zoll und mehr in dem Längedurchmesser haltend, auf ihrer Fläche platt, schwach gewölbt, oder auch in ihrem Centrum mit einer seichten Concavität, die jedoch nicht so tief zu gehen pflegt als das ursprüngliche Niveau des gesunden Gewebes. Sie sind von röthlicher Farbe, selten dunkel, öfters etwas livid oder gelblich, häufig von einem schwachen Anfluge eines weisslichen oder gelblichen, feuchten Exsudates bedekt, zuweilen oberflächlich schwach ulcerirt und mit feinen Granulationen be-

dekt. — Die Schleimtuberkel entwikeln sich am häufigsten aus Hyperämieen, die oft anfangs diffus, allmälig discret werden, sich abgränzen und im Vergleich zu dem übrigen Gewebe eine leichte, platte Schwellung zeigen, die nur langsam zunimmt und nur selten auf der Schleimhaut einen solchen Grad erreicht, dass der platte Tuberkel mit überragenden Rändern wie ein Auswuchs auf der Schleimhautfläche sizt. — Zuweilen wandelt sich auch ein syphilitisches Geschwür der breiten Art zu einem Schleimtuberkel um. Nachdem ein solches mehrere Wochen bestanden hatte, scheint es heilen zu wollen. Der Grund hebt sich, wird trokener, der Umkreis des Geschwürs scheint sich überhäuten zu wollen, wird aber dabei etwas über die Nachbarschleimhaut erhaben und von düsterer, livideren Röthe. Diese Veränderung schreitet nun immer mehr gegen das Centrum fort, während zugleich die Infiltration meist, jedoch in geringem Maasse, in die benachbarte Schleimhaut übergreift. Nach und nach ist aus dem Geschwür eine erhabene, nur im Centrum noch seicht deprimirte Stelle geworden, auf welcher besonders in der Mitte noch eine grauliche, schmuzige, feuchte Exsudation fortdauert (Ulcus elevatum). — Die Schleimtuberkel sind bald nur einzeln, meist in sparsamer Zahl, selten in sehr grosser Menge vorhanden. Sie sizen am häufigsten auf der Kante der Lippen, auf den Mandeln, am Rande der Gaumensegel, etwas seltener an der Innenfläche der Baken, an der Zunge, an deren Rändern oder gegen die Wurzel derselben, an welcher Stelle sie oft sehr breit und dabei rund werden, während sie an den übrigen Orten entweder rund und klein oder länglich sind. Sie bestehen gewöhnlich neben ähnlichen Affectionen der äussern Haut oder nachdem solche früher vorhanden gewesen waren. Sie sind oft vollkommen schmerzlos und geniren auch oft die Bewegungen kaum; rufen sie sensitive und motorische Erscheinungen hervor, so sind es dieselben, wie die bei der hyperämischen Syphilide des Rachens. — Die Heilung der Schleimtuberkel geschieht in der Mundrachenhöhle durch allmäliges Einsinken, Trokenwerden, selten durch Vernarbung.

Die Infiltrationen um Geschwüre sind von geringer Bedeutung. Sie zeigen entweder eine zu reizende Behandlung, eine zufällige Reizung durch Speisen, Zerrung (z. B. an den Lippenwinkeln) an, oder sind sie der Induration des primären Chancres der Genitalien ähnlich als Zeichen allgemeiner und nicht getilgter Infection anzusehen. Diese Infiltrationen finden sich am häufigsten an den Lippen, an dem vordern Theile der Zunge, vorzüglich an den Mandeln, stellen sich als graulicher, derber, callusartiger Wall um das Geschwür dar und erschweren die Heilung der Geschwüre ungemein. Nicht selten bleibt auch nach der Heilung noch eine Verhärtung, eine callöse Narbe zurük, welche jedenfalls über die Tilgung der Allgemeinkrankheit Zweifel lassen muss.

3) Exsudationen von verschiedener Dike, vom leichtesten Anflug bis zur diken pseudomembranösen Schicht, bald vorübergehend, bald chronisch bestehend, begleiten die mannigfachsten andern syphilitischen Mundrachenaffectionen, zumal bei Vernachlässigung der Cur und Reinlichkeit. Sie haben nichts Characteristisches. — Es kommen aber auch Exsudationen als Erstsymptome der Rachenaffectionen, zumal auf den Gaumensegeln und den Tonsillen vor. Sie bestehen in einzelnen oder doch wenig zahlreichen, weisslichen oder graulichgelben, dünnen, wenig umfangreichen Exsudatschichten, welche auf der schwach gerötheten Schleimhaut sizen und meist gar keine Beschwerden machen und darum von den Kranken übersehen werden. Sie sind eines der frühesten Symptome der syphilitischen Lues, heilen ohne Weiteres oder gehen in seichte kleine Geschwüre über, die gleichfalls nur bei grober Vernachlässigung in der Heilung sich verzögern.

4) Ulcerationen zeigen höchst mannigfaltige Formen. Zuerst kann es von Interesse sein zu unterscheiden, ob ein Geschwür von localer Anstekung herrühre oder ob es eine secundäre Erscheinung, eine Folge der allgemein gewordenen Infection sei. Hiezu gibt es ausser einer genau ermittelten Anamnese kaum ein anderes sicheres Mittel als die Inoculation, indem mittelst dieser nur die primär entstandenen Geschwüre an eine andere Stelle sich übertragen lassen. Ausserdem erhält die Annahme einer primären Entstehung von Geschwüren mindestens Wahrscheinlichkeit, wenn dieselben auf die vordern Theile, die Lippen, die Spize der Zunge beschränkt sind, indem die secundären Ulcerationen in den hinteren Partieen zu beginnen pflegen und nur langsam sich nach vorn fortpflanzen. Im Uebrigen und namentlich seiner Form nach unterscheidet sich das primäre Geschwür nicht wesentlich von dem secundären.

Die syphilitischen Geschwüre finden sich an den Lippen, vorzüglich deren Winkeln, an der Innenfläche der Wangen, an der Zunge, vorzüglich der Spize, den Rändern und der Basis derselben, an dem Gaumengewölbe, an den Gaumensegeln, auf den Mandeln, auf der hintern Pharynxwand. Meist umgibt eine mehr oder weniger intense, gewöhnlich düstere Röthe die geschwürige Fläche. Die Geschwüre **selbst zeigen ihrer Form nach folgende Verschiedenheiten:**

Einfache folliculäre Geschwüre kommen an den Lippen, am vordern Theil der Zunge, an der Innenfläche der Wangen, auf den Mandeln vor. Sie haben nichts Characteristisches, es sei denn, dass sie sich als primäre Geschwüre inoculiren lassen.

Indurirte, conisch vertiefte Geschwüre sind sehr häufig an der Lippe, besonders deren Winkeln (zuweilen auch schrundenartig), an dem vordern Theil der Zunge, auf den Mandeln. Sie haben wenig Neigung, sich auszubreiten, aber auch nicht, zu heilen.

Breite, flache Geschwüre sind die in den hintern Partieen am häufigsten vorkommenden. Sie sind zuweilen ganz oberflächlich und flach, mit wenig Secret, wie die aus Schleimtuberkeln entstehenden Geschwüre; bald etwas tiefer gehend, mit graulichem, oft granulirtem Grunde, unregelmässigen, gerötheten Rändern, zugleich entweder nach dem Umfang sich ausbreitend (serpiginös) oder in die Tiefe fressend, die unterliegenden Gewebe zerstörend und dadurch oft zu Perforation führend, oder bleiben sie ziemlich indolent wochenlang ohne Veränderungen einzugehen, ohne sich auszubreiten, noch in die Tiefe die Theile zu zerstören; bald zeigen sie indurirten, spekigen Grund und ebensolche aufgeworfene Ränder, wobei sie selten rasch um sich greifen, vielmehr meist stationär bleiben, doch zuweilen auch unbemerkt zu Veränderungen unterliegender Perioststellen und dadurch zur Zerstörung des Knochens, zur Perforation führen; endlich nehmen sie zuweilen, jedoch verhältnissmässig selten, den gangränösen Character an, wobei gewöhnlich zuvor die Nachbarschaft oder die ganze Mund- und Rachenhöhle von einer lebhaften Hyperämie befallen wird, unter deren Einfluss ein rascheres Absterben in der Form des Brandes bewerkstelligt wird.

Die hartnäckigsten Geschwürsformen zeigen sich auf der hintern Rachenwand, an der Basis der Zunge, am Gaumengewölbe, auch auf den Mandeln. Sie sind es auch vorzugsweise, welche eine Ausbreitung auf benachbarte Organe (vorzüglich die Nase, die Epiglottis, den Larynx, den Oesophagus) befürchten lassen müssen. Die am häufigsten einer mehr oder weniger vollkommenen Zerstörung unterliegenden Theile sind die Mandeln, die Uvula, das Gaumengewölbe, seltener die Zunge und die Lippen. Die Knochen, auf welche sich die Destruction am häufigsten ausdehnt, sind die Knochen des Gaumengewölbes und die Wirbel. — Die syphilitischen Geschwüre im Rachen und in der Mundhöhle sind öfter in mehrfacher Zahl vorhanden und haben im Allgemeinen einen sehr langsamen Verlauf. Die örtlichen Empfindungen und die Schwierigkeiten in der Bewegung rufen dieselben gerade wie andere Ulcerationen hervor, ihres allmäligen Entstehens wegen fehlen solche aber oft gänzlich, und es wird häufig die Ulceration nicht früher bemerkt, als bis die Localuntersuchung sie entdekt.

Die syphilitischen Ulcerationen bieten manches Characteristische, um sie von nicht virulenten Geschwüren zu unterscheiden. Ihre Entstehung in den hintern Rachentheilen und ihr langsames Vorschreiten nach den vordern Mundpartieen, was wenigstens die Regel ist, ihr Vorhandensein in mehrfacher Zahl, ihr langsamer Verlauf, ihre Neigung zu induriren oder sich serpiginös oder in die Tiefe auszubreiten, die düstere, häufig kupferfarbene Röthe, welche ihren Hof bildet — diess sind Eigenthümlichkeiten des syphilitischen Rachen- und Mundgeschwürs, welche in sehr vielen Fällen erlauben, nach der örtlichen Untersuchung allein mit grösster Bestimmtheit die Diagnose zu machen. Dagegen sind aber auch die Fälle nicht selten, wo die characteristischen Erscheinungen weniger vollkommen sind und wo in seinem Aussehen das syphilitische Geschwür in Nichts von Geschwüren aus andern Ursachen sich unterscheidet und bald das Aussehen einer einfachen Ulceration, bald das von serpiginösen, oder lupösen, oder krebsigen Geschwüren, bald das von mercuriellen Verschwärungen zeigt. In solchen Fällen kann die Anamnese oder das Vorhandensein anderer, mit Wahrscheinlichkeit für syphilitisch zu erachtender Affectionen, sei es in der Mund- und Rachenhöhle selbst (Schleimtuberkel, Condylome), sei es an den Genitalien oder auf der Haut oder an irgend einer anderen Stelle einen mehr oder weniger zu rechtfertigenden Verdacht, zuweilen selbst grosse Wahrscheinlichkeit für die syphilitische Natur der Affection begründen. Oft aber muss bei Ermanglung begleitender Erscheinungen und bei Verläugnung der ursächlichen Umstände die causale Diagnose suspendirt bleiben, bis der weitere Verlauf der örtlichen Affection, das Hinzutreten weiterer Symptome oder auch der Erfolg oder Nichterfolg einer entsprechenden Behandlung bessere Anhaltspunkte liefert.

5) Papillarauswüchse in der Form kleiner spizer Condylome kommen als secundär syphilitische Affection an den Lippen, besonders deren Winkeln, am Frenulum, am Zahnfleisch, an der Zunge, auf den Mandeln, am Gaumensegel, namentlich in der Nähe der Uvula vor. Sie entstehen entweder auf blosser hyperämischer Basis oder im Umkreis von Geschwüren, an den Stellen von Geschwürsnarben. Sie sind niemals zahlreich; gewöhnlich findet sich sogar nur ein einziges Condylom. Sie sind stets sehr fein, oft länglich und zugespizt, oft mehr halbkuglig. Schneidet man sie weg, so verwandelt sich die Schnittfläche gern in ein syphilitisches Geschwür.

6) Chronische Indurationen der Submaxillarlymphdrüsen finden sich zuweilen im Anfang, noch mehr im weiteren Verlauf der constitutionellen Syphilis, sei es neben, sei es ohne Erkrankung der Mund- und Rachenschleimhaut. Auch Vereiterungen der besagten Lymphdrüsen kommen hin und wieder unter dem Einfluss der Syphilis vor.

Die Behandlung primär syphilitischer Affectionen unterscheidet sich in Nichts von denen anderer Theile. Die wichtigste Indication ist, durch rasche und vollkommene Zerstörung (Cauterisation) die Stelle in ein gewöhnliches, nicht virulentes Geschwür zu verwandeln und damit zugleich der Allgemeinansteckung vorzubeugen.

Mannigfaltiger ist die Therapie bei den secundären, auf einer constitutionellen Infection beruhenden Formen.

Zunächst ist die Aufgabe, das Zustandekommen der Rachenaffection zu verhüten. Diess geschieht nicht allein dadurch, dass die primär erkrankte Stelle (an den Genitalien etc.) in rechter Weise und rasch geheilt wird, sondern auch dadurch, dass Alles vermieden wird, was möglicherweise den Ausbruch der Krankheit in der Mundhöhle determiniren kann: Rauchen, Genuss scharfer Speisen, Schreien und Singen, vieles Sprechen, der Gebrauch des Mercurs (sofern er umgangen werden kann); dass Hals und Mundhöhle vor Erkältungen geschüzt und keine auch noch so leichte Hyperämie daselbst gering geachtet wird.

Auch dann noch, wenn die Affection in der Rachenhöhle bereits begonnen hat, kann sie zum grössten Nuzen des Kranken häufig genug unterdrükt werden. Beim ersten Beginn der hyperämischen Angine oder bei noch kleinen Geschwüren verbiete man vor allem obengenannte Schädlichkeiten, halte den Hals in möglichster Ruhe und mässig warm, gebe ein mildes schleimiges Gurgelwasser, ein starkes Laxans, seze, wenn auch dabei die Affection sich nicht bessert, ein Circularblasenpflaster um den Hals und versuche mittelst einer schwachen Alaunsolution, welche man auf die afficirten Stellen aufträgt, die beginnenden Veränderungen zu unterdrüken. Oft wird durch ein solches Verfahren wenigstens für eine Zeit die Rachenaffection unterdrükt, zeigt sich jedoch bald wieder, worauf die gleiche Therapie einzutreten und wodurch es häufig am Ende, wenn auch nach öftern Recidiven, gelingt, dieselbe für immer zum Schweigen zu bringen, ohne dass sonstige Zeichen der Allgemeinerkrankung eintreten und ohne dass man durch ein constitutionelles Verfahren den Organismus belästigt hat.

Wo aber diese örtlich coupirende Therapie vergeblich bleibt, die Affection sich im Gegentheil steigert oder doch nicht bessert, wo in dem Falle, wenn er zur Behandlung kommt, schon bedeutendere Störungen in der Rachenhöhle existiren, oder wo neben diesen anderweitige Zeichen allgemeiner syphilitischer Lues vorhanden sind, da muss auch eine eingreifendere Behandlung zur Anwendung kommen. In solchen Fällen wird die Localcur von untergeordnetem Werthe, kann sogar, die gehörige Reinlichkeit abgerechnet, ganz wegbleiben oder beschränkt sich doch nur bei den Hyperämieen, Exsudationen und Geschwüren auf Anwendungen, welche bei denselben Krankheitsformen, wenn sie ohne syphilitische Ursache auftreten, von Nuzen sind, bei Schleimtuberkeln und Spizcondylomen auf den Gebrauch derjenigen Mittel und Verfahren, durch welche diese Affectionen auch auf der Haut bekämpft werden (mit Ausschluss natürlich solcher, welche der besondern Oertlichkeit wegen unanwendbar sind). Die Hauptsache der Cur bleibt das allgemeine, auf die Constitution gerichtete Verfahren, und es eignen sich bei stärkeren Mundaffectionen hiezu vorzüglich: die Entziehungscur, die anhaltende Laxircur in Verbindung mit diuretischen Mitteln, das Jodkalium; in weit geringerem Maasse der Mercur (vgl. in dem vierten Band: Syphilis).

7. Die durch Rozinfection entstehenden Entzündungen, Pusteln, Verschwärungen der Mundrachenhöhle geben sich durch die gleichzeitige Affection der Nasenhöhle und meist auch des Antlizes zu erkennen.

8. Die Mund- und Rachenaffectionen sind bei acuten Exanthemen zum Theil sehr stark entwikelt:

bei Scharlach intensive Röthe der Zunge, Amygdalitis und Pharyngitis jeden Grades und jeder Form;

bei Variolen zuweilen pustulöse, noch häufiger croupöse Entzündungen;

bei Masern theils mässige Catarrhe, besonders aber und in relativer Häufigkeit das Noma.

V. ANATOMISCHE STÖRUNGEN AM ZAHNSYSTEME.

Wir übergehen sie vollständig, da sie herkömmlich der Chirurgie überwiesen werden.

VI. ANATOMISCHE STÖRUNGEN AN DEN KIEFERN UND DEM HARTEN GAUMEN.

Obwohl die Erkrankungen der Kiefer vorzugsweise in das Gebiet der Chirurgie gerechnet werden, so kann doch auch die medicinische Pathologie nicht ganz von ihnen Umgang nehmen. Alle Krankheiten, welche überhaupt an den Knochen vorkommen, finden sich auch an ihnen und zwar mehrere derselben ungewöhnlich häufig, und die Eigenthümlichkeit der Stellung und der Functionen der Kieferknochen veranlasst hier mannigfache lästige Symptome und Besonderheiten, die an andern Knochen unbekannt sind. Ausserdem sind die beiden Gelenke, durch welche der Unterkiefer mit dem Oberkiefer articulirt, denjenigen Affectionen, wiewohl ziemlich selten, unterworfen, welche auch an andern Gelenken vorkommen. Endlich sind noch die Höhlen des Oberkiefers ziemlich häufig der Siz einer eigenthümlichen Reihe von Krankheitszuständen.

Vgl. darüber die pag. 612 angegebenen Schriften.

A. STÖRUNGEN IN DER KNOCHENSUBSTANZ UND DEM PERIOSTEUM DER KIEFER.

1. Entzündungen, Caries und Necrose.

Entzündungen des Periosts und Knochens der Kiefer entstehen wohl niemals oder doch selten spontan, sondern sind die Folgen

localer Einwirkungen (Verlezungen, Contact mit reizenden Substanzen, wie Phosphor);

eines Fortschreitens benachbarter Erkrankungen (der Weichtheile, Zähne);

einer constitutionellen Erkrankung (Syphilis, Mercurialismus, Gicht, Scrophulose, Scorbut).

Die Entzündung des Periosts und des Knochens ist meist von sehr chronischem Verlaufe, schreitet langsam fort und führt

sehr selten zur Caries, welche fast nur beim Fortschreiten von Haut- und Schleimhautmortificationen auf den Knochen entsteht;

um so häufiger zur Necrose, welche am häufigsten die Alveolarfortsäze trifft, meist beschränkt bleibt, doch auch sich ausdehnen und selbst den Körper des Knochens ergreifen kann. Im günstigen Falle wird durch Knochenneubildung das Untergegangene, wenn auch unvollkommen, ersezt.

Die Entzündung an den Kiefern hat fast immer anfangs einen latenten Verlauf oder ist doch nicht mit Sicherheit zu erkennen. Ohne Zweifel ist sie die häufige Ursache anhaltender hartnäkiger und mehr oder weniger heftiger, die Kiefergegend einnehmender Schmerzen. Erst mit dem Eintreten einer harten Geschwulst, welche bald von der Mundhöhlenseite, bald von der äussern Haut aus gefühlt wird, ist eine Diagnose möglich.

Bei mässigen Periostiten kann die Geschwulst sich wieder verlieren oder chronisch und indolent werden.

Bei sehr beschränkten Periostiten und Kiefernecrosen bricht in fast unmerklicher Weise die Geschwulst in der Mundhöhle auf, Eiter entleert

sich oft ohne dass darauf geachtet wird, und solange der Knochen selbst noch nicht afficirt ist, schliesst sich oft rasch die Stelle wieder. Findet ein Aufbruch nach der äussern Haut statt, so ist gemeiniglich die Heilung verzögerter. Ebenso wenn der Knochen auch nur an einer kleinen Stelle necrotisch geworden ist: die abscedirte Stelle verwandelt sich in solchem Falle in ein fistulöses Geschwür und es bedarf geraumer Zeit, bis das Abgestorbene fortgeschafft ist und das Geschwür sich dauernd schliesst.

Häufig bringen Periostiten und Necrose der Kiefer, zumal wenn sie ausgebreiteter sind, schwere Processe zuwege, sei es sehr in die Länge sich ziehende Verjauchungen, sei es umfangreiche und rasche Mortificationen in der Form der gangränösen Stomatitis und Pharyngitis und der Verjauchung des Zellstoffs um die Parotis und Submaxillardrüse.

Die Therapie kann im Anfang in örtlichen Blutentziehungen (bei Abwesenheit von Mercurialismus), örtlichen Queksilbereinreibungen, lauen Mundwassern, Opiaten, sodann ableitenden Mitteln, sowie in der Einleitung constitutioneller Curen bestehen. Sobald jedoch eine auf der Oberfläche sich röthende Geschwulst hervortritt, muss operative Hilfe Plaz greifen.

In Betreff des nähern Details über die Periostitis und Knochenentzündung der Kiefer muss auf die chirurgischen Darstellungen verwiesen werden.

Ein besonderes Interesse hat in neuerer Zeit die durch Phosphoreinwirkung hervorgebrachte Kieferentzündung mit ihren Ausgängen erregt. Es ist jezt kaum mehr zweifelhaft, dass dieselbe nur als eine schleichende, durch örtliche Einwirkungen entstandene Periostitis, in Folge der eine Lage verknöcherndes Exsudat sich bildet, unter dem der ursprüngliche Knochen erdrükt wird und zu Grunde geht und nicht als eigenthümliche, durch Allgemeininfection des Organismus hervorgerufene, aus unbekannten Gründen vorzugsweise am Kiefer sich localisirende Erkrankung anzusehen ist. Diese Erkrankung hat eine ungemein reichhaltige Literatur hervorgerufen. Vgl. ausser vielen Anderen über diese Affection besonders Lorinser (Oesterr. Jahrb. 1845. März. 257 und Zeitschr. d. Wiener Aerzte VII. 9), Heyfelder (Archiv für physiol. Heilk. IV. 400), Geist (bayrisches Correspondenzblatt 1846. Nro. 13—17), Roussel (rech. sur les maladies des ouvr. empl. à la fabrication des allumettes chim. 1846), Dupasquier (Gaz. méd. T. I. 948), vorzüglich aber v. Bibra und Geist (die Krankheiten der Arbeiter in den Phosphorzündholzfabriken, 1847), Oottereau (Union méd. 1851 Nro. 121 etc.), Geist (Regeneration des Unterkiefers 1852).

Aus den Erfahrungen in Phosphorzündholzfabriken und aus den directen Versuchen Bibra's geht hervor, dass die Ursache des Leidens in einer andauernden Einwirkung von Phosphordämpfen liegt. Was jedoch in diesen das wesentlich Schädliche sei, ist noch nicht ausgemacht. Dupasquier's Annahme, dass es eine Zumischung von Arsenik zum Phosphor sei, darf als widerlegt angesehen werden. Bibra nimmt an, dass der noch zweifelhafte, von Schönbein Ozon genannte Stoff, der sich beim Verdampfen des Phosphors entwikeln soll, das eigentlich Wirkende sei. Bemerkenswerth ist, dass man die Krankheit nur in einzelnen und namentlich in seit längerer Zeit bestehenden Fabriken beobachtet, in den meisten Fabriken von Phosphorzündhölzern, sowie in Phosphorfabriken selbst bis jezt noch nicht bemerkt hat. Bemerkenswerth ist ferner, dass bei mehreren Kranken, nachdem sie die Fabriken seit geraumer Zeit verlassen hatten, die ersten Spuren des Uebels erst zum Vorschein kamen. Besonders wurden immer jene Arbeiter befallen, welche das Geschäft des Eintauchens der Hölzchen, des Zählens und Verpakens derselben zu besorgen hatten oder in dem Troknungsraume sich aufhielten. Doch soll selbst ein häufig fortgesezies Anzünden von Phosphorhölzern in einem Falle bei einem 7jährigen Kinde die Krankheit herbeigeführt haben. Als bedeutend förderlich für das Entstehen des Kieferknochenleidens wurde das Blossliegen des Periosteums nach der Ausziehung von Zähnen, durch Zurükziehung des Zahnfleisches, durch Caries der Zähne oder durch beliebige andere Umstände gefunden. Auch Tuberculose soll die Disposition zu dieser Kieferknochenkrankheit erhöhen. Dieselbe wurde, jedoch wahrscheinlich nur aus zufälligen Ursachen, vorzüglich im jüngeren und mittleren Alter und sehr überwiegend beim weiblichen Geschlecht beobachtet.

Die Krankheit findet sich in ihrer characteristischen Weise nur am Unterkiefer und beginnt mit einem wahrscheinlich durch eine schleichende Periostitis gesezten ossificirenden Exsudate, das sofort als eine homogene knöcherne Auflagerung von lamellösem oder faserigem Gefüge auf den Knochen des Kiefers sich darstellt, dem ursprünglichen Knochen an Farbe und sonstigem Verhalten ähnlich, bald inselförmig vertheilt, bald zusammenhängend und zuweilen so fein ist, dass sie nur wie ein leichter Anflug auf demselben erscheint, später aber mehr oder weniger dik werden kann. Die aufgelagerten Schichten von Knochenmasse werden vom Periosteum ernährt. Indem nun aber immer neue Schichten von diesem aus aufgelagert werden, scheint die Ernährung der älteren, wie des Kiefers selbst nothzuleiden. Die Neubildung verliert ihr homogenes und glattes Aussehen, erscheint mehr und mehr porös, wie wurmstichig, bimssteinartig, nimmt, indem die Oeffnungen in ihr immer mehr sich vergrössern, an Substanz ab, erhält nach und nach ein moosartiges Ansehen und sizt dabei jezt nur noch loker auf dem unterliegenden Kiefer auf. In späteren Stadien erkennt man bisweilen gar nichts mehr von der Neubildung, diese ist vollkommen aufgezehrt. Während solche Veränderungen in der Neubildung vor sich gehen, zeigt sich auch in dem Kiefer selbst, zuerst an dem Alveolarfortsaze, dasselbe wurmstichige Aussehen und der Knochen geht unter der Bildung einer hässlich stinkenden Jauche in grösserem oder geringerem Umfang zu Grunde. Das Periosteum selbst ist bei diesem Processe anfangs verdikt, geröthet, wird aber in dem Maasse, als die Neubildung zunimmt, dünner und scheint am Ende verschwunden oder mit der Oberfläche der Neubildung verschmolzen zu sein.

Ausser diesen wesentlichen Veränderungen findet sich besonders bei raschem Verlaufe unabhängig von den Neubildungen necrotisches Absterben an den Alveolen beider Kiefer, Schwarzwerden der Zahnwurzelspizen. Am Oberkiefer zeigt sich ferner zuweilen eine ausgedehntere cariöse Zerstörung. Die Weichtheile, Zahnfleisch, Zellgewebe und die Musculatur der Wange sind in acut verlaufenden Fällen in einen stinkenden, schmierigen Brei aufgelöst gefunden worden, während die Wangenhaut selbst mehr oder weniger erhalten blieb und nur von einzelnen fistulösen Gängen durchbohrt war. In chronischen Fällen stellt sich ein Oedem der gesammten Bakengegend mit zeitweisem Auftreten umschriebener, nach aussen aufbrechender Abscesse ein.

Das erste Symptom ist Zahnschmerz, bald in einem, bald in mehreren Zähnen, bald über die Zähne einer ganzen Kieferhälfte verbreitet. Er geht gewöhnlich von einem cariösen Zahne aus, verschwindet häufig wieder, stellt sich aber, wenn auch erst nach Monaten und Jahren, hartnäkig wieder ein, wird immer quälender und verbreitet sich allmälig auch über die ganze Hälfte des Knochens, selbst über die ganze Seite des Gesichts. Das Zahnfleisch röthet und wulstet sich, die Wange schwillt etwas an, auch die Lymphdrüsen der befallenen Seite sind angeschwollen. Es bilden sich nun allmälig einzelne Zahnfleischabscesse, die aufbrechen und eine stinkende, oft durch eiterartige Knochenfragmente sandig sich anfühlende Flüssigkeit entleeren. Das Zahnfleisch wird dabei immer missfarbiger, zieht sich zurük, die Zähne werden loker und fallen aus. Nun wird auch die Geschwulst an der Wange grösser, härter, zeigt bald stellenweise eine rothe Farbe, bricht dort auf: es entleert sich gleichfalls ein stinkender Eiter und bei der Untersuchung mittelst der Sonde bemerkt man, dass der Knochen bloss gelegt ist. Mehr und mehr öffnen sich nun Abscesse innen und aussen und hinterlassen Fistelgänge, welche zum Knochen führen und aus welchen Knochensand neben stinkender Jauche entleert wird. Das Zahnfleisch ist indessen fast ganz zerstört und der nakte Alveolarfortsaz ragt in die Mundhöhle herein. Speichelfluss, Angina, Parotisgeschwulst und weitere gangränöse Zerstörungen begleiten die lezten Stadien der Krankheit. — Das Allgemeinbefinden leidet gewöhnlich schon frühe Noth: die Kranken verlieren den Appetit, haben belegte Zunge, bittern Geschmak, unregelmässigen Stuhl und fiebern. Je nach dem Gange der Krankheit nimmt das Fieber mit Besserung der Localkrankheit oder bei deren sehr langsamem Verlauf später wieder ab und hört ganz auf, kommt aber leicht wieder, oder nimmt, besonders wenn gleichzeitig Lungentuberculose besteht, allmälig den hectischen Character an und tödtet durch Consumtion, oder es steigert sich fortwährend und der Kranke geht unter Prostration, adynamischen Fiebererscheinungen und unter ausgedehnter örtlicher Zerstörung zu Grunde. — Doch finden sich auch Fälle, wo selbst bei ziemlicher Ausbreitung des örtlichen Leidens ein gutes Allgemeinbefinden sich erhält und die Kräfte nicht oder wenig abnehmen. In diesen Fällen kann bei mässiger Ausdehnung des Uebels durch Necrosirung und Abgrenzung des Krankhaften und durch Losstossung desselben die Herstellung erfolgen.

Wenn das Uebel am Unterkiefer seinen Siz hat, wie gewöhnlich, so ist sein

Verlauf bald acut, indem unter heftigen Fiebersymptomen, rasch sich steigernden Schmerzen, Röthung der Haut die Zerstörung binnen Kurzem eine bedeutende Ausdehnung gewinnt und der Tod innerhalb zwei bis drei Monaten eintreten kann; bald chronisch, wobei die Erscheinungen wenigstens anfangs mässiger, schleichender, die Schmerzen jedoch nichtsdestoweniger sehr heftig sind und die Krankheit über ein halbes Jahr, über mehrere Jahre sich hinauszieht, sehr oft auch längere Remissionen macht, bis ohne besondere Veranlassung Schmerz, Geschwulst, Eiterung, Fieber aufs Neue eintreten und der ganze Complex der Erscheinungen, gemeiniglich mit vermehrter Heftigkeit zurükkehrt. — Am Oberkiefer nimmt das Uebel gewöhnlich einen chronischen Verlauf und zeigt gelindere Symptome. Nachdem das zuvor geschwollene Zahnfleisch allmällig am Zahnrande sich zurükgezogen hat oder durch Abscedirung zu Grunde gegangen ist, die Zähne ausgefallen sind, so ragt der entblösste Oberkiefer in grösserem oder geringerem Umfang in die Mundhöhle herein. Das vorstehende Stük ist rauh, von schmuzig schwarzgrauer Farbe, getränkt mit stinkender Jauche. Nach einiger Zeit wird das Stük in der Tiefe beweglich, bricht in einzelnen Partieen aus, und nachdem in dieser Weise das Krankhafte vollkommen entfernt ist, kann der Knochen heilen, natürlich mit Zurükbleiben eines grösseren oder geringeren Substanzverlusts. Die Modification des Verlaufs am Oberkiefer rührt ohne Zweifel daher, dass hier keine Neubildungen vorhanden sind, sondern der Alveolarfortsaz, zuweilen auch grössere Stüke des Knochens einfach necrotisch absterben.

Es ist begreiflich, dass wenn die Cur einen Erfolg haben soll, der Kranke durchaus der schädlichen Einwirkung der Phosphordämpfe entzogen werden muss.

Sobald die ersten Symptome auftreten, so sind wiederholte örtliche Blutentziehungen und Scarificationen, kalte Fomente, Mundwasser und antiphlogistische Laxanzen anzuwenden, alles diess um so energischer, je mehr der Verlauf acut zu werden droht.

Hat bei acutem Verlauf das Uebel die höheren Grade erreicht, ist namentlich ausgebreitete Mortification eingetreten, so scheint jedes Curverfahren vergeblich zu sein.

Ist bei mehr chronischem Verlauf das Uebel vorgeschritten, so tritt dieselbe symptomatische Behandlung ein, wie bei Necrose aus andern Ursachen: warme Ueberschläge, Kreosotwasser, Chlor zur örtlichen Behandlung, reinlicher Verband, Behandlung intercurrenter Abscesse, baldige Entfernung losstehender Knochenstüke, Unterstüzung der Kräfte durch gute Diät, Amara, China, Jodcuren. Ob nicht am raschesten und zwekmässigsten das Leiden durch operative Entfernung des kranken Unterkiefers oder seiner einen Hälfte, wenn auf sie die Krankheit beschränkt ist, beseitigt werden könne, darüber hat die Erfahrung noch nicht entschieden. Unter sechs Operationsfällen endeten zwei mit dem Tode, vier mit Genesung, während von zehn chronischen Fällen sechs genasen und vier starben (s. Bibra und Geist p. 295). — Im Nachtrag zu dem eben citirten Werke wird noch einer günstigen Wirkung der Tinctura Mezerei (täglich dreimal 1 Tropfen), die jedoch nur in Einem Falle angewandt wurde, gedacht.

2. Ernährungsstörungen und Neubildungen an den Kiefern.

Ernährungsstörungen und Neubildungen kommen an den Kiefern erst dann practisch in Betracht, wenn sie die Grenzen des normalen Knochens überragen oder wenn sie zu Verjauchungen Veranlassung geben.

Es sind vornehmlich Exostosen, Osteophyten, Fibroide, Enchondrome, Cysten, Telangiectasieen und Carcinome.

Sie können das Antliz entstellen, die Bewegungen der Mundhöhle erschweren, den Durchgang von Speisen und Luft behindern, Schmerzen erregen, in den Weichtheilen krankhafte Processe zur Entwiklung bringen, unter Umständen selbst verjauchen.

Sie alle sind, wenn ihre Gegenwart nicht ertragen werden kann oder eine drohende Gefahr mit sich bringt, nur auf operativem Wege zu beseitigen.

Exostosen kommen häufig sowohl am Ober- als am Unterkiefer vor. Syphilis scheint ihre häufigste Ursache zu sein. Ausserdem wird behauptet, dass auch unter dem Einfluss des Scorbuts Exostosen daselbst entstehen können. Ohne Zweifel

kommen sie bisweilen auch vor, ohne dass die beiden bezeichneten und ohne dass sonstige bekannte Ursachen gewirkt haben. — Die Exostosen sind entweder solid und zeigen auf ihrer Durchschnittsfläche ein compactes knöchernes Gefüge, oder es ist der aufgetriebene Knochen zugleich rareficirt und enthält ein grobes Fächerwerk nach Art der sogenannten Spina ventosa. Die Exostosen stellen sich als langsam wachsende, meist schmerzlose, umschriebene, harte und niemals nachgiebig oder weich werdende Geschwülste dar, welche entweder an der Gesichtsfläche oder gegen die Mundhöhle (an der inneren Seite des Unterkiefers, am Gaumengewölbe) sich erheben und theils schon durch ihr Volum entstellend und die Bewegungen hindernd wirken, theils nach Umständen benachbarte Organe dislociren und usuriren können. — In frischen Fällen sind bisweilen die Exostosen noch durch ein eingreifendes constitutionelles Verfahren (Inunctionscur, Jod, Zittmann's Decoct u. dergl.) zur Rükbildung zu bringen, in älteren Fällen ist die operative Abtragung die einzige Hilfe gegen sie.

Fibroide Geschwülste finden sich in seltenen Fällen innerhalb des Unterkiefers, zuweilen auch im Oberkiefer und werden gewöhnlich bei jungen, gesunden Subjecten beobachtet; sie wurden zuerst von Dupuytren (Leçons orales 2. éd. II. 133) erkannt. Sie sind von länglicher Eiform, etwas abgeplattet, von der Grösse eines Haferkorns bis zu der einer Faust, entwikeln sich vorzugsweise in einer der Seitenhälften des horizontalen Stükes des Unterkiefers inmitten der Knochensubstanz, mit der sie bald sehr fest, bald nur loker zusammenhängen. Mit ihrer allmäligen Vergrösserung entstehen Schmerzen, bald dumpf, bald lancinirend, und einige Erschwerung der Bewegungen des Kiefers; nach und nach bildet sich eine Geschwulst, welche sehr langsam wächst, aber zulezt eine sehr bedeutende Grösse erreichen kann. Anfangs hart, fest und dabei ganz glatt und von regelmässiger Form, gibt sie später, wenn die knöcherne Hülle allmälig verdünnt ist, einem stärkern Druke nach und lässt dabei ein eigenthümliches, pergamentartiges Knistern bemerken. Ist ein solches zu bemerken, so ist die Diagnose weniger zweifelhaft. Es ist begreiflich, dass bei stärkerer Entwiklung der Geschwulst nicht nur eine sehr hässliche Entstellung eintritt, sondern auch die Bewegungen des Kiefers und der gewöhnlich nach oben gedrükten Zunge auf die allerlästigste Weise gestört, selbst unmöglich gemacht sind. — Die einzig mögliche Hilfe ist die durch operative Entfernung der Geschwulst.

Vgl. Bérard (Dict. en XXX Vol. XVIII. 420).

Enchondrome finden sich nur in seltenen Fällen an den Kieferknochen.

Zuweilen entstehen mit Flüssigkeit gefüllte Cysten im Innern der Kieferknochen. Die Wandungen dieser Cysten sind weich, ähnlich den serösen Häuten, der Inhalt ein blutiges Serum. Der Knochen wird beim Wachsthum der Cyste allmälig aufgezehrt. Die Symptome sind denen der Fibroide ähnlich; die Diagnose kann nur durch eine Explorativpunction gesichert werden. — Die Behandlung ist rein chirurgisch. — Vgl. Dupuytren (Leçons orales 2. éd. II. 129).

Auch grosse Cystosarcome kommen vor.

Telangiectasieen wurden in einigen Fällen bei Kindern und jungen Leuten in dem Knochen des Unterkiefers beobachtet. Sie wachsen unter dem Gefühl dumpfer, zuweilen auch lebhafter Schmerzen und meist zeigen allmälig auch die benachbarten Weichtheile die Degeneration in ein Gefässconvolut. Die Geschwulst ist roth, wird beim Schreien grösser und dunkler, ist weich, comprimirbar und ruft zuweilen den Schein einer Fluctuation hervor. Auch durch diese Geschwülste werden die Bewegungen des Kiefers und der Zunge beeinträchtigt, die Physiognomie entstellt, zuweilen wird auch durch Eintritt einer Hämorrhagie eine gefährliche Blutung herbeigeführt. Cur chirurgisch.

Krebsige, vorzüglich markschwammige Entartung findet sich häufig sowohl am Ober- als am Unterkiefer. Sie beginnt bald im Knochen selbst, bald schreitet sie von Nachbartheilen, namentlich den Lippen, auf denselben vor. Mehrere Beobachtungen machen es unzweifelhaft, dass der Krebs des Kiefers nicht selten seinen Ursprung von einer schwammigen Wucherung nimmt, die nach der Extraction eines Zahns in der leeren Alveolarhöhle sich bildet, allmälig den Character des weichen Carcinoms annimmt und sofort den Knochen selbst anstekt. — Solange der Krebs noch nicht an der Oberfläche erscheint, zeigt der Knochen eine mehr oder weniger grosse, meist unregelmässige Auftreibung, die zuweilen unter höchst lebhaften, lancinirenden Schmerzen wächst und je nach Umständen die Mundhöhle verengt, die Kaubewegungen und Zungenbewegungen hemmt. Die Geschwulst ist anfangs hart, wie bei einer Exostose, später wird sie weich und kann selbst den Schein einer Fluctuation erregen. Der Knochen ist auf die bei den Knochenkrank-

heiten zu beschreibende Weise entartet, die Knochensubstanz mehr oder weniger verschwunden und beim Oberkiefer meist auch die Kieferhöhle mit der Krebsmasse ausgefüllt. Die Lymphdrüsen der Nachbarschaft sind meist angeschwollen. Allmälig fangen die Zähne an loker zu werden, fallen aus und aus den Alveolarhöhlen schiessen Wucherungen auf. Allmälig kommen diese auch an andern Stellen zum Vorschein, aussen wie innerhalb der Mundhöhle, füllen zuweilen die leztere vollständig aus, ulceriren und geben zu Hämorrhagieen und zu dem eigenthümlichen durchdringenden Krebsgeruche Veranlassung. Auch auf die anderen Nachbartheile gewinnt der Krebs nun Ausbreitung und gewöhnlich geht unter dem fürchterlichsten Leiden der Kranke zu Grunde. — Eine Heilung kann nur in frühen Stadien durch Exstirpation sämmtlicher afficirter Knochen- und Weichtheile bewerkstelligt werden, wobei jedoch mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit eine baldige Recidive zu erwarten steht.

3. Die rhachitische und osteomalacische Degeneration.

Die rhachitische und osteomalacische Degeneration befällt die Kieferknochen nur in untergeordnetem Grade, meist ziemlich spät und nur mässig. Die anatomischen Verhältnisse siehe bei Rhachitis und Osteomalacie. Die Folgen sind bleibende Verziehungen und Difformitäten des Antlizes.

4. Die Perforationen der Knochen.

S. Weichtheile.

B. AFFECTIONEN DER SINUS DES OBERKIEFERS.

Die Highmorshöhle ist mehrfachen Affectionen ausgesezt, welche jedoch, als vorzugsweise der chirurgischen Behandlung zufallend, hier nur in Kürze namhaft zu machen sind.

1. Catarrh und Hydrops des Oberkiefersinus.

Ansammlung einer dünnen schleimigen Flüssigkeit in der Highmorshöhle, wahrscheinlich in Folge von Verschliessung derselben und secretorischer Irritation der Schleimhaut. Sie entsteht zuweilen in Folge von kranken Zähnen, zuweilen nach einem Stoss auf die Wange, durch Ausbreitung eines Nasencatarrhs auf die Schleimhaut der Höhle, meist ohne bekannte Ursache.

Der Catarrh der Kieferhöhlen gibt sich, wenn er irgend beträchtlich ist, durch lebhaften, tiefen Schmerz zu erkennen, der zwischen den Augen und der obern Zahnreihe gefühlt wird, aber sich allmälig über den ganzen Kopf verbreitet. Wird das Secret zurükgehalten, so kann eine Hydropsie oder ein Abscess der Highmorshöhle entstehen, wobei der Schmerz immer mehr zunimmt und die Wange ödematös wird. Es kann sich ereignen, dass der krankhafte Inhalt der Kieferhöhle nach Beseitigung des Nasencatarrhs und bei einer zufälligen oder angeordneten zwekmässigen Kopflage auf einmal in grossen Quantitäten in die Nasenhöhle sich ergiesst und unter rascher Erleichterung abfliesst.

Zuweilen geschieht es, dass in sehr langsamer Weise und ohne Schmerzen oder mit sehr geringen sich an der Bake in der Nähe des Mundwinkels eine anfangs harte Geschwulst entwikelt, die auch hinter der Oberlippe über dem Zahnfleisch gefühlt werden kann. Sie wird allmälig weicher

und Fluctuation an ihr fühlbar, auch lässt sie beim Druke eine pergamentartige Crepitation erkennen. Auch das Gaumengewölbe zeigt zuweilen eine vorragende Geschwulst. Diese Affection gibt im Allgemeinen eine günstige Prognose.

Behandlung chirurgisch.

2. Abscesse des Maxillarsinus.

Ursachen sind theils Schläge und Erschütterungen der Wangengegend, theils Fortpflanzung eines Krankheitsprocesses von der Nachbarschaft, am häufigsten von einem cariösen Zahne. Zuweilen scheint der Abscess auch spontan, d. h. ohne bekannte Ursache zu entstehen.

Symptome. Anfangs dumpfer Schmerz in der Tiefe der Wangengegend, der zuweilen eine bedeutende Intensität erreicht und sich über den ganzen Kopf ausdehnt. Später kann der meist stinkende Eiter durch die natürliche Oeffnung des Sinus in die Nase sich ergiessen. Zuweilen fliesst er auch durch eine zuvor schon vorhandene fistulöse Oeffnung, z. B. in eine Zahnhöhle ab. Gewöhnlich aber ist die natürliche Oeffnung durch die Entzündung selbst verschlossen; der Abscess dehnt unter heftigen Schmerzen den Oberkieferknochen aus. An der Wange und am Gaumengewölbe entsteht eine harte Geschwulst, das Nasenloch der einen Seite wird verengt und es bricht endlich der Abscess nach Necrosirung des Knochens in einem oder mehreren fistulösen Gängen nach aussen durch.

Behandlung der Ursachen; anfangs strenge Antiphlogose; später operatives Verfahren.

Vgl. ausser den schon citirten Schriften: Bordenave (Mém. de l'académie de chirurgie. éd. 1819. IV. 347).

3. Neubildungen und Parasiten.

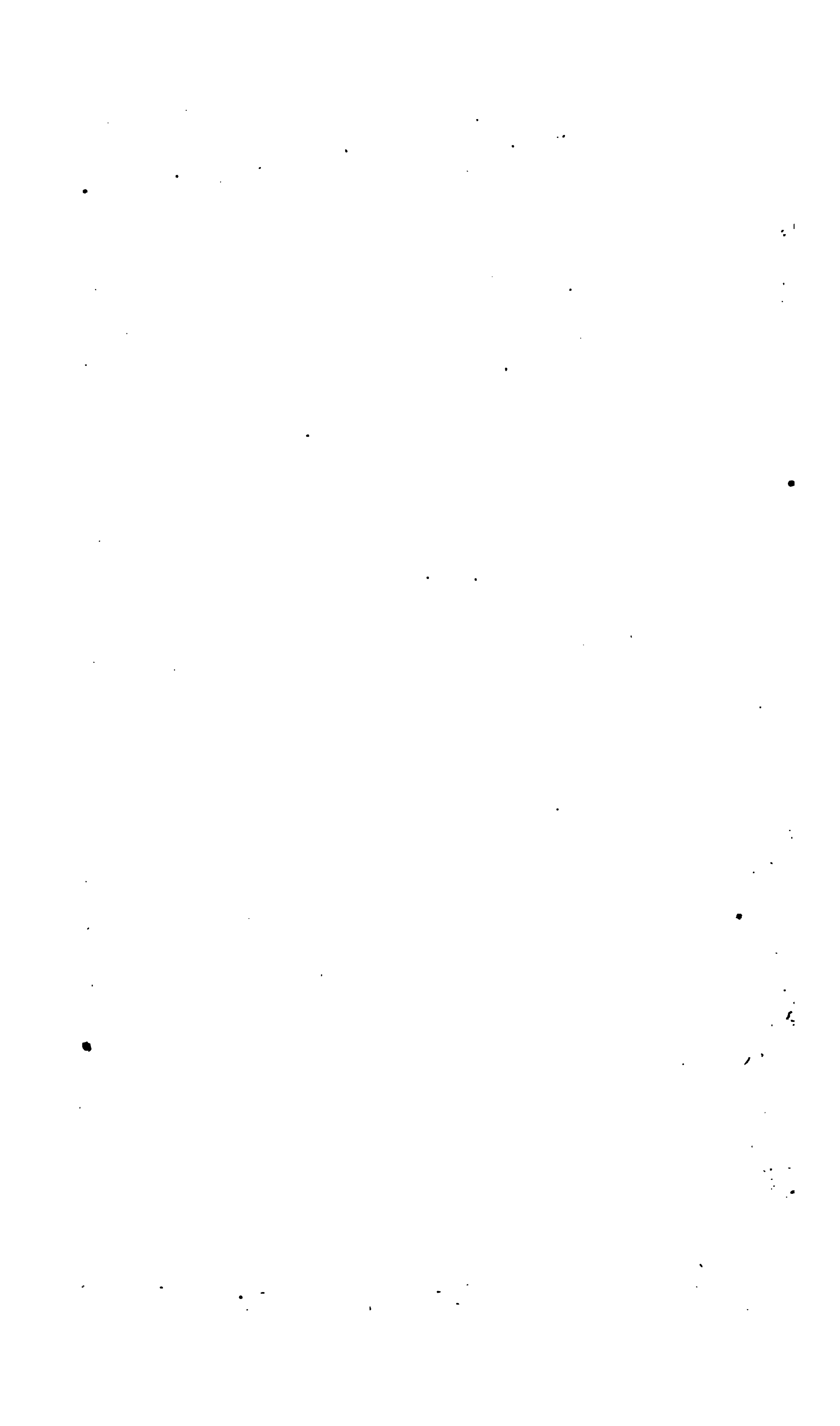
Es fanden sich polypöse Wucherungen, Krebse, Cysten mit oder ohne Zähne im Sinus des Oberkiefers. Auch Eingeweidwürmer sollen bisweilen in denselben gelangt sein.

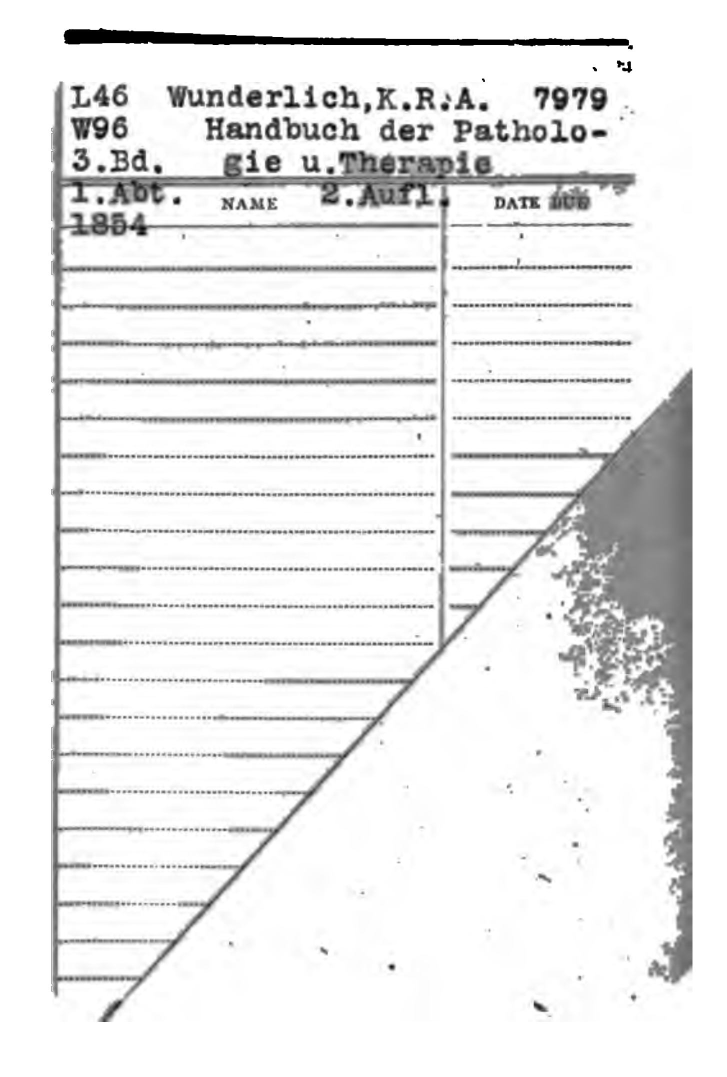
C. AFFECTIONEN DES KIEFERGELENKS.

Bei Rheumatismus acutus kann man zuweilen auch eine oder beide Articulationen der Kiefer befallen sehen. Selten scheint die Affection in Abscedirung zu enden und gewöhnlich rasch vorüber zu gehen.

Chronische Entzündung des einen Kiefergelenks mit Anschwellung, Schwerbeweglichkeit oder Unbeweglichkeit, endlich mit Ankylosirung des Gelenks kommt selten ohne gleichzeitige sonstige Erkrankung des Kieferknochens oder seiner Umgegend vor.

Dessgleichen scheint die Usur der Knorpel mit wuchernden Osteophyten um das Gelenk selten zu sein.




L46 Wunderlich,K.R.A. 7979
W96 Handbuch der Patholo-
3.Bd. gie u.Therapie
1.Abt. 2.Aufl.
1854
NAME
DATE DUE

